



Bollettino

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

ANNO XLVI

4

2009



**Discussioni «oziose»
sotto l'ombrellone**

pagine 3

**Medici da rottamare:
a vantaggio di chi e di che cosa?**

pagina 6

**Immigrati e infezioni
emergenti la Tuberculosis**

pagina 8

**Tuberculosis
criticità in Umbria**

pagina 9

**Progetto CoADiUVA
emergenza demenze**

pagina 17

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

Anno XLVI – 4/2009

SOMMARIO

Discussioni sotto l'ombrellone	Pag 3
Medici da rottamare	» 6
Immigrati ed infezioni emergenti	» 8
Tubercolosi, criticità in Umbria	» 9
Progetto CoADiUVA	» 17
Lettere al direttore	» 19
Nuovo Direttivo SIMG Perugia	» 26
Odontoiatria sociale	» 28
Commissioni Odontoiatri	» 29
Norme per la professione	» 31

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:

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

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere

Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Valerio Sgrelli

Consiglieri

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

COLLEGIO

REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

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

Membro supplente

Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dott. Andrea Donati

Componenti

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

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Dott. Stefano Lentini

Comitato di redazione

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

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione, impaginazione e stampa

Grafiche Benucci – Perugia

Uffici dell'Ordine

Tel. 0755000214

Fax. 0755153012

E-mail presidente@omceopg.it

segretario@omceopg.it

uffici@omceopg.it

commissioneodo@omceopg.it

previdenza@omceopg.it

Sito Internet www.omceopg.it

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

Discussioni" oziose" sotto l'ombrellone

Tiziano Scarponi

Questo editoriale è stato pensato ed in parte scritto durante le ferie nel torrido mese di Agosto.

Come dice il titolo stesso sono riportate delle discussioni fatte insieme a dei colleghi mentre oziavamo sotto il sole. Nessuna pretesa pertanto di essere esaustivo o di produrre considerazioni originali e rigorose. Vanno prese per quelle che sono: chiacchiere fra colleghi amici che in maniera del tutto libera e fuori dagli schemi discutono però su problemi importanti, basilari. L'obiettivo pertanto è quello di una lettura leggera, ma con lo scopo di provocare e stimolare delle reazioni nel lettore che lo portino a darmi dei messaggi e dei segnali se trattasi di problemi della professione da dover affrontare poi in maniera più rigorosa e per quanto possibile esaustiva.

Mi ricordo che sino a pochi anni fa, durante le ferie, ero in grado di staccare la mente in maniera totale da tutto quello che riguardava il lavoro: non c'era il cellulare, il periodo di riposo era molto più lungo e concentrato in un unico periodo, partivo da solo con tutta la mia famiglia.

Con il passare del tempo le abitudini sono cambiate: non più di una settimana, ma magari ripetuta più volte durante l'anno. Il telefono cellulare sempre acceso: con i genitori anziani e i figli soli in casa o in giro per il mondo....non si sa mai! Ma ne approfittano anche diversi pazienti. Soprattutto poi è l'andare in vacanza insieme a colleghi che più o meno condivido-

no la stessa vita, la stessa quotidianità e le stesse problematiche che tra un bagno e l'altro, un'escursione e l'altra si impongono lunghe discussioni: politica, cronaca, gossip nazionali e locali, ma gira e rigira si finisce poi sempre lì...., a parlare di lavoro o di episodi che sono capitati mentre si lavorava. Un argomento che questa estate ha tenuto banco in maniera molto vivace è stato quello dell'uso delle sigle e degli acronimi nella pratica di ogni giorno. Ho esordito io raccontando che qualche giorno prima ero stato costretto a telefonare ad una collega pneumologa che aveva richiesto una visita di controllo con DAC (diffusione alveolo-capillare) e lì c'ero arrivato, ma poi mi ero arenato in maniera totale su 6MWT, che la collega mi ha spiegato essere per SIX MINUTE WALKING TEST, vale a dire il test del cammino per sei minuti. E' partito un fiume in piena! MM che significava mieloma multiplo scambiato per melanoma maligno. GAD e DAP rispettivamente disturbo d'ansia generalizzato e disturbo di attacco di panico. Su questo tema il centro per l'infertilità fa la parte del leone: MHTFR (metilentetraidrofolatoreduttasi) e PAI-1 (plasminogen activator inhibitor 1) ed anche l'urologia non si comporta male con IPP (induratio penis plastica), TURB (resezione transuretrale di neoformazione vescicale) e TURP (resezione transuretrale di prostata). Voglio terminare la rassegna restando in ambiente urologico con un episodio, oramai dal sapore aneddótico, accadutomi ad inizio attività in cui sono stato alle prese con una richiesta di VB1,VB2,VB3 che il

primario chirurgo di allora per telefono mi tradusse nella prova dei tre bicchieri: test per stabilire il rapporto cronologico dell'ematuria con la minzione, prova caduta nell'oblio con l'avvento dell'ecografia. Le conclusioni di questa discussione sono facilmente intuibili ed ognuno tragga le proprie, io ho risolto il problema lavorando continuamente connesso ad internet, lancio sul motore di ricerca la sigla e quasi sempre ottengo le risposte, ma è normale dover arrivare a tanto?

Da internet a discutere dell'informatica e del suo uso nella nostra attività è un attimo e qui, come prevedibile, il consenso più o meno unanime che si aveva nell'argomento precedente si frantuma in diverse fazioni di opinione. C'è l'entusiasta, chi la considera un male necessario, chi fortemente l'osteggia e l'avversa: "Mi sembrerebbe di essere un impiegato dell'anagrafe comunale". "Il mio cervello si rifiuta.....!". E su affermazioni di questo tenore potremmo andare avanti all'infinito, senza poter trovare un minimo di incontro: il risultato è un no senza possibilità di concertazione e mediazione, anzi, tutti coloro che hanno iniziato e hanno istituzionalizzato l'uso dell'informatica nella attività medica, sono da considerare dei "traditori", come coloro che hanno contribuito più di tutti a "snaturare" il ruolo e la figura del medico. Sull'estremo opposto ci sono i colleghi che oramai ragionano solo in byte e RAM alla velocità espressa in gigahertz: usano un loro linguaggio, hanno un loro stile e mentre ci parli non sai mai se ti ascoltano o stanno in quella realtà virtuale che per i più risulta inintelligibile ed imperscrutabile in quanto fatta di links e blog. Fra tutti, per fortuna, la fascia più ampia è quella dei medici che lavora con il personal computer in quanto oramai ne è invalso l'uso e non se ne può fare più a meno: per raccogliere ed elaborare dati, per gestire la cartella clinica del paziente, per avere dei numeri su

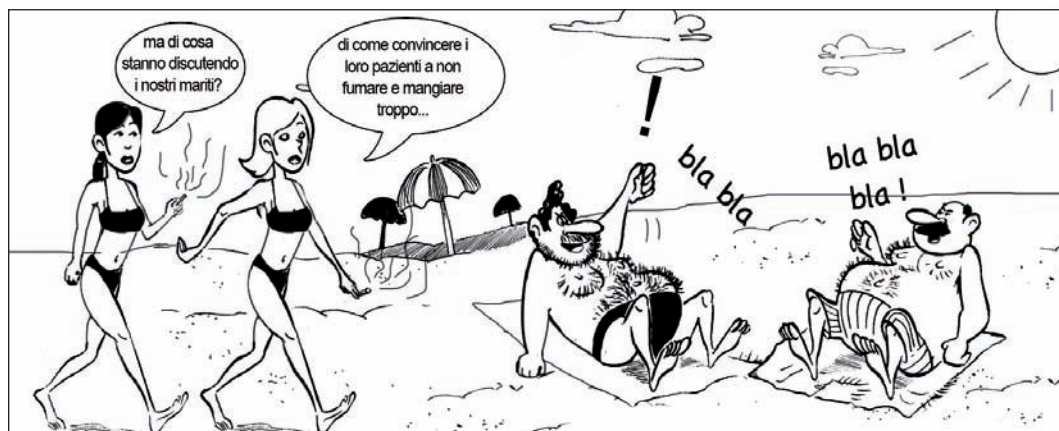
cui poter impostare un audit, per studiare e rimanere aggiornati. Questa discussione di fatto si è conclusa senza un'opinione condivisa, molti problemi come era logico aspettarsi sono rimasti aperti: l'investimento economico e di tempo per la realizzazione di un archivio elettronico, l'interferenza nel rapporto medico-paziente, la tutela e la segretezza dei dati e delle informazioni.... ed altri ancora. Dall'uso dell'informatica come strumento di lavoro, come per esempio per il monitoraggio dei fattori di rischio di malattia dei nostri pazienti e quindi a parlare delle nostre capacità nel poter prima verificare e saper poi governare gli stili di vita di costoro, ancora una volta è stato un attimo. A questo punto, però, l'intensità delle voci si è attenuata in maniera spontanea, come se ci fossimo trovati in una situazione di rispetto o di soggezione. Forse è la consapevolezza, la convinzione che ognuno di noi, su questo fronte, in qualche modo è carente e deficitario che ci ha fatto abbassare i toni del linguaggio: "Ha avuto due infarti del miocardio, ma non riesco a fargli assumere la statina.." "Va avanti con il bombolone dell'ossigeno liquido e di nascosto ancora fuma..." "Pesa più di un quintale! E' stata da tre o quattro dietiste, ma non è calata neanche di un grammo". Sono queste alcune delle innumerevoli testimonianze riferite dal gruppo, tutte come dicevo senza particolare enfasi e vissute con la sensazione dell'ineluttabile del "non ci posso far nulla", verbalizzate in maniera frustrata da alcuni e distaccata da altri. Quello dell'intervento sugli stili di vita dei propri pazienti è un problema grande, sia per il numero degli interventi, sia per le enormi conseguenze che ne derivano, ma come è possibile in concreto poter intervenire al di là della semplice prescrizione ed indicazione? Esiste medico che abbia ricevuto una formazione e una preparazione adeguata? Esisto-

no tecniche di comunicazione che oramai sono state validate, ma sono alla portata di tutti? Si fa presto a parlare di comunicazione e di counselling, ma è stato mai studiato quanto le variabili soggettive del medico sono determinanti su questo fronte? Senza arrivare a parlare degli stili di vita del medico, ma quanto il suo carattere introverso od estroverso, quanto le sue opinioni e i suoi "vissuti" influiscono nel colloquio, nella modalità di rapportarsi e di prescrivere e consigliare? E poi? In trenta anni di lavoro quanti miti abbiamo visto cadere o trasformarsi? Vale a dire, quante verità che sembravano assolute e pertanto degli obiettivi da perseguire si sono rivelate inutili se non addirittura controproducenti? Pertanto la discussione è andata a finire sulla utilità di certi atti medici, sul valore di certi interventi e sui criteri di validazione delle nostre scelte e quindi sulla Medicina Basata sulla Evidenza (EBM). Su questo punto l'intensità delle voci ed il tono della conversazione si sono nuovamente alzati e vivacizzati. Si sono riformate le fazioni contro e a favore. Le affermazioni di Sachett e Cochrane sono state sommariamente rivisitate e valutate: "Considerazioni di alto significato teorico e nessuno pratico". "L'atto medico è un misto di scienza, di arte, di empiria che difficilmente può essere circo-

scritto entro gli angusti confini di regole più o meno rigide". "Dall'EBM si possono ricavare informazioni e raccomandazioni per una buona ed appropriata pratica clinica...". Indubbiamente la questione epistemologica, il problema del metodo e del paradigma da cui discende la nostra pratica quotidiana ci investe e spesso ci sommerge senza che i più se ne rendano conto. Quanti infatti sono convinti che ci troviamo di fronte ad un mero aspetto teorico, speculativo fine a se stesso e rimandano il tutto ad una pura riflessione di tipo filosofico non pertinente con l'attività del medico? Quanti sono consapevoli dell'inferenza che certe affermazioni hanno sul nostro lavoro quotidiano? Ecco dunque le non conclusioni delle nostre sudate discussioni sotto il sole d'Agosto. Quello che è certo però è che il medico oltre a fare il medico deve avere:

- 1) Una buona dimestichezza con sigle, acronimi e la lingua inglese.
- 2) Una buona conoscenza dell'uso dell'informatica.
- 3) Una capacità di interazione e comprensione del paziente da psicologo.
- 4) Una buona base filosofica per affrontare il problema del metodo del proprio lavoro con consapevolezza.

Ma siamo sempre convinti di fare la professione giusta?



MEDICI DA ROTTAMARE: a vantaggio di chi e di che cosa?

Alla fine del mese di agosto, in riferimento ad un caso che aveva fatto grande scalpore e colpito l'opinione pubblica, in un articolo dal titolo "Un mercato in corsia", Giovanni Valentini scriveva: "Chiusa per ferie? No, per mancanza di personale. Ma questa volta non si tratta purtroppo di una qualsiasi sala pubblica, all'interno di un ufficio o di un museo, bensì di una sala operatoria: quella dell'ospedale "Santo Stefano", nel comune siciliano di Mazzarino, provincia di Caltanissetta. E chissà quante altre si trovano nella stessa condizione nel resto d'Italia, a causa dei tagli alla sanità che possono improvvisamente tagliare la vita o la salute di tanti cittadini, ignari o incolpevoli. L'ultima vittima è un giovane di 23

anni rimasto ferito gravemente in un incidente stradale. Si era tranciato una gamba cadendo in motocicletta. Ma non ha potuto essere operato in tempo ed è morto per un'emorragia. Ucciso dalla malasanità, dall'inefficienza e dalla crudeltà di un sistema sanitario che ormai si ispira alla legge di bilancio più che a quella della solidarietà umana e civile. Si può anche morire così nel Paese dei privilegi e degli sprechiPer mancanza di personale. Cioè per mancanza di risorse, ma soprattutto per mancanza di una organizzazione sanitaria in grado di assicurare un'assistenza immediata e tempestiva a chi si tro-

va in pericolo di vita".

Ovviamente, come dicevo, grande scalpore, inchieste, ispezioni, ma, proprio a proposito di personale, venti giorni prima di questo fatto con la legge 102/2009 del 5 agosto 2009 (di conversione del DL 78/2009, cosiddetto decreto "anticrisi") veniva approvata quella che è stata indicata come la rottamazione della pubblica amministrazione.

L'articolo 17, comma 35 novies di quel provvedimento prevede infatti che a decorrere dal compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni (non solo di servizio effettivo ma compresi riscatti e periodi figurativi), previo preavviso al dipendente, è prevista per

il triennio 2009/2011 la risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro da parte della amministrazione e il pensionamento del dipendente. Con buona pace per conoscenze, competenze, esperienza che in ogni professione, ma soprattutto nella nostra hanno una assoluta importanza. Unici esclusi: magistrati, professori universitari, dirigenti medici responsabili di struttura complessa.

Il controsenso è sotto gli occhi di tutti: da una parte si vuole prolungare l'età pensionabile, dall'altra si mandano in pensione i pubblici dipendenti con 40 anni, non di anzianità lavorativa, ma di contri-



buzione previdenziale (pure quella che il medico si è pagata da solo con i vari riscatti) anche prima del compimento dei 60 anni per le donne e 65 per gli uomini. Come fa notare qualche esperto il risparmio aziendale (i giovani costano meno degli anziani, ammesso che ci siano nuove assunzioni per ogni lavoratore messo in pensione) viene caricato sulla previdenza con un maggior numero di pensioni erogate e un minor afflusso contributivo per le retribuzioni inferiori dei neo assunti.

Come fanno notare i sindacati medici: “*La reintroduzione della discrezionalità per le aziende di imporre il licenziamento ai dirigenti del SSN con 40 anni di contribuzione ha di fatto cancellato la precedente indicazione del Parlamento, che aveva limitato questa possibilità solo dopo i 40 anni di servizio effettivo. E il provvedimento fa già le prime vittime, andando a colpire indiscriminatamente reparti che sono già in sofferenza per un organico sottodimensionato. Oltre ai danni evidenti, si tratta di un’operazione che penalizza in modo particolare i giovani, che non solo non hanno certezza di rimpiazzare gli esodi, ma che spesso, grazie a questa manovra vedranno soppressi posti nella dotazione organica indispensabili per future opportunità di occupazione stabile. Inoltre l’inapplicabilità della norma per professori universitari e direttori di struttura complessa rende ulteriormente iniquo e incomprensibile il provvedimento. Il personale sanitario, continuano i sindacati, viene sempre più spesso considerato come un puro costo, salvo poi lamentare le carenze della organizzazione sanitaria. Evidentemente nessuno pensa al futuro, ancorché imminente, alla ricerca di facili risparmi da sottrarre costantemente al servizio pubblico. Risparmiare sulla salute sembra l’unico obiettivo. Ma a vantaggio di chi e di che cosa?”*

Quanto le affermazioni dei sindacati siano realistiche viene confermato da una rapida incursione nei siti istituzionali delle aziende sanitarie della nostra provin-

cia. Spulciando tra le varie pagine troviamo alcuni dati interessanti alle voci relative alle collaborazioni esterne e alle consulenze, tema che questo Ordine in più riprese ha affrontato e per la cui soluzione vi erano anche stati impegni da parte della Regione. Vediamo così che come prestazioni d’opera professionale per i presidi ospedalieri, i distretti, i servizi di prevenzione e così via la ASL n. 1 ha in essere n. 80 contratti, diconsi ottanta, per la quasi totalità personale sanitario: 49 medici, 9 veterinari, 9 psicologi, 2 farmacisti, 2 biologi. A Perugia la situazione è simile con ben 107 contratti, anche qui prevalentemente con sanitari, mentre a Foligno, ove però i dati sono meno rilevabili i contratti risultano 14, tutti con personale sanitario.

All’esodo quindi del personale strutturato quindi, non solo non fanno seguito nuove assunzioni, ma si sofferisce con collaborazioni esterne, con quello che ciò significa in problemi organizzativi e assistenziali. Il risparmio per le aziende è evidente: nelle tabelle relative ai contratti stipulati dalle aziende di cui sopra, che abbiamo consultato, chi viene pagato di più, per un lavoro che di collaborazione esterna non ha nessuna caratteristica perché svolge una normale attività di reparto con obblighi pieni e orario completo, riceve un compenso onnicomprensivo annuo che corrisponde a meno della metà di un tabellare di base e dei relativi oneri riflessi e senza avere le relative tutele e garanzie.

La dignità e il decoro del professionista e la qualità del servizio reso ai cittadini non costituiscono evidentemente elementi da prendere in considerazione e credo si possa condividere la conclusione dell’articolo che citavo all’inizio: “*Da noi, nel cuore della vecchia Europa, patria del Welfare e dei diritti sociali, l’ideologia del mercato penetra perfino nelle corsie d’ospedale e nelle sale operatorie, imponendo il dogma assoluto del profitto. Ma di mercato e profitto si può anche morire”*.”

IMMIGRATI ED INFEZIONI EMERGENTI: LA TUBERCOLOSI

Prof. Fortunato Berardi

Per salvaguardare la salute individuale, quella pubblica ed anche i diritti umani è opportuno migliorare e facilitare l'accesso ai servizi sanitari anche alle persone immigrate, regolari od irregolari. Il diritto all'assistenza deve essere garantito a tutti, compresi gli stranieri non in regola con le norme di soggiorno ed i comunitari, in condizione di fragilità sociale; con riferimento alle cure urgenti, essenziali ed alla medicina preventiva. Similmente per gli immigrati presenti nel paese per soggiorni anche brevi (meno di tre mesi), soprattutto in relazione alle cure urgenti ed agli interventi di prevenzione di malattie trasmissibili. Naturalmente, ogni intervento sanitario non deve prevedere segnalazioni all'autorità di polizia; seguendo le stesse procedure di quanto previsto per gli italiani.

“Queste norme sono scolpite nella coscienza e nell'azione operativa di ogni medico da secoli di deontologia professionale, prima ancora di essere sancite dalla legge”. Tutto ciò rappresenta anche il cardine per individuare le procedure e le politiche più efficaci al fine di contrastare le malattie infettive-diffusive ed in modo particolare la tubercolosi, soprattutto negli stranieri provenienti dai paesi ad elevata endemia specifica (>100 casi/100.000 mila abitanti). Tale normativa è stata ribadita da infettivologi, pneumologi, giuristi, medici di medicina generale, esperti dell'OMS, del Ministero della salute e delle agenzie sanitarie di alcune regioni italiane. Con la collaborazione della Società Italiana di Medicina dell'Immigrazione, presieduta da Salvatore Geraci (Stefano Di Marzio –Doctor n.2-2009). Come mai si è rivolta una particolare attenzione alla tubercolosi? Non perché, attualmente, suscita allarme sociale in Italia, anche se è documentato un aumento dei casi negli immigrati provenienti dai paesi ove questa è endemica, quanto per l'esigenza di uniformare gli interventi al fine di individuare, con tempestività, i casi di Tbc ed assicurare loro un trattamento efficace, evitando la trasmissione del contagio. Peraltro, l'aumento dei casi di tubercolosi negli immigrati è la inevitabile conseguenza dell'aumento numerico di stranieri residenti in Italia (3,5 milioni nel 2008); valutando anche un 18% circa di irregolari, ogni 100 ex-

tracomunitari-comunitari presenti legalmente nel nostro paese. Per quanto concerne le cure primarie agli individui a rischio o malati di Tbc, gli interventi considerati fondamentali sono: 1) favorire un tempestivo accesso ai servizi; 2) permettere agli immigrati la possibilità di una diagnosi precoce, mediante adeguata informazione e la collaborazione dei medici di medicina generale, con i quali lo straniero dovrebbe essere iscritto; 3) proporre esami diagnostici per la ricerca dell'infezione tubercolare o della malattia conclamata, con relativo trattamento, in pazienti asintomatici, ma provenienti dai paesi ad alta incidenza (>di 100 casi /100 mila secondo l'OMS) immigrati da meno di 5 anni. Si ribadisce il concetto che per favorire l'accesso ai servizi, il momento ideale è considerato l'atto del permesso di soggiorno e/o l'iscrizione all'anagrafe; fornendo, da parte degli operatori sanitari, minuziose informazioni sulla importanza della diagnosi precoce di alcune malattie infettive - trasmissibili, compresa la Tbc; raccogliendo una scrupolosa anamnesi ed, eventualmente, proponendo un esame radiografico del torace. Come è noto a noi tutti, il test di riferimento per l'infezione tubercolare latente è ancora quello tubercolinico, con la metodica di mantoux (test); valutato positivo se il diametro dell'infiltrato è uguale o superiore a 10 mm nelle 48/72 ore, ovvero 5 mm ad aumentare nei pazienti immuno-depressi. Sarà anche consigliata la vaccinazione antitubercolare a neonati o bambini di età inferiore a cinque anni conviventi o a contatto con persone affette da Tbc contagiosa. Naturalmente, la profilassi ed i controlli sono estensibili a tutti quegli operatori che lavorano o frequentano i centri di assistenza agli immigrati regolari ed irregolari, provenienti dai paesi ad alto rischio (>100 casi /100.000). Infine, il prendersi cura correttamente dei pazienti con Tbc, anche per assicurare il follow-up deve prevedere: a) l'individuazione di operatori atti alla gestione del caso, con specifiche attitudini culturali (comprensione della lingua, delle abitudini, degli stili di vita dell'immigrato, della religione, ecc.); b) interventi tendenti a favorire i trattamenti terapeutici; c) trattamento gratuito ed accesso ai servizi; d) adozione di terapie domiciliari, quando possibili.

Tubercolosi, quali criticità in Umbria?

* Alessandro Monaco

Premessa

Sono ormai note al mondo scientifico e in particolare agli pneumologi che le cause della permanenza della malattia tubercolare (TB) sono: la perdita della necessaria attenzione alla malattia sia nella classe politica governante che nel mondo accademico, la qualità di vita delle persone legata alle condizioni sociali, a malattie e/o terapie comportanti caduta delle difese immunitarie, la scarsità dei fondi per la ricerca sui nuovi farmaci e per un vaccino più efficace, l'emergenza causata dall'aumento della multifarmacoresistenza (MDR) e dalla comparsa su scala mondiale della forma di resistenza estensiva (XDR).

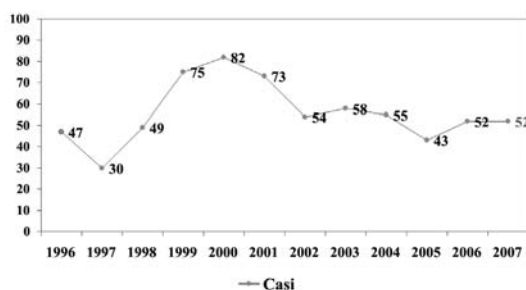
A confronto con l'allarme suscitato dall'influenza "suina", che a luglio 2009 contava circa 200.000 nuovi casi e un migliaio di morti dal mese di aprile u.s., la TB alla stessa data ha colpito nel mondo, dall'inizio dell'anno, circa 4 milioni e mezzo di persone con 900.000 morti!

Queste cifre saranno ovviamente cambiate al momento della lettura di questo testo ma evidenziano le incongruità degli interventi sanitari quando a sostener-

li non sembrano essere l'importanza e la gravità della forma morbosa ma quale parte della popolazione del mondo è interessata e quali prospettive finanziarie ne possono derivare. In merito alla popolazione colpita bisogna però ricordare che nessun confine, nessuna dogana e controllo al metal detector può fermare i virus, i bacilli tubercolari e qualsiasi altro batterio sicché c'è solo da augurarsi che le autorità mondiali e nazionali si impegnino in modo più convinto a combattere la tubercolosi. Certamente la carenza della tubercolina non sembra rispondere positivamente alle preoccupazioni sollevate. In Umbria l'andamento della tubercolosi non si discosta da quello del resto di Italia: risulta un'incidenza intorno a 7 casi su 100.000 umbri con un'incidenza negli stranieri intorno al 40-50 su 100.000. Nel 2007 su 4.527 nuovi casi registrati in Italia sono stati notificati in Umbria 52 casi di TB di cui la metà stranieri (grafico 1); in tutte le rilevazioni gli uomini sono colpiti più delle donne e tra gli stranieri è più interessata la popolazione dei giovani adulti mentre tra gli umbri interessa gli prevalentemente e anziani.

GRAFICO 1

**Casi di TB notificati in Umbria
(anni 1996-2007)**



* Dr. Responsabile UOS di Riabilitazione Respiratoria e Prevenzione Pneumotisiologica
CENTRO SERVIZI GROCCO Az. USL 2 P E R U G I A

Criticità

Possono essere individuate nella:

- 1) ricerca dei casi nei gruppi a rischio e dei contatti successiva a nuovo caso di TB;
- 2) rispetto delle modalità di notifica dei nuovi casi anche se solo sospetti;
- 3) tempestività di segnalazione degli eventi "sentinella".

A- Considerato il notevole allarme che si verifica intorno ad un nuovo caso di TB polmonare nel personale sanitario e tra le persone contagiate, si rende necessario definire correttamente la modalità della ricerca dei contatti, che è finalizzata all'individuazione di nuovi casi di TB e di eventuali forme di infezioni tubercolari latenti (LTBI).

Verranno di seguito descritte, sotto forma di flowchart, le procedure comportamentali da tenere in seguito all'individuazione di un caso indice positivo sia per condizioni normali che situazioni a rischio. Saranno esposti i cut-off ai quali attenersi per interpretare la positività al test intradermico tubercolinico secondo Mantoux.

L'applicazione delle linee di comportamento descritte, anche avvalendosi in casi selezionati della determinazione su sangue dell'interferon gamma (IGRA), consente di stabilire o no l'eventuale trattamento della TB e/o della LTBI qualora venissero diagnosticate.

Un'importante premessa alle flowchart è che l'indagine tubercolinica può essere intrapresa solo se si è in grado di portare a compimento le misure diagnostiche previste per l'inquadramento clinico della persona "studiata" e se si è nelle condizioni di poter mettere in atto i provvedimenti terapeutici necessari.

INTERPRETAZIONE DELL'INTRADERMOREAZIONE TUBERCOLINICA SECONDO MANTOUX

Si considerano tre livelli di lettura della Mantoux dipendenti delle condizioni del soggetto studiato e delle evenienze nelle quali viene il test viene effettuato.

La prova si effettua inoculando per via intradermica la tubercolina standard (5 U.T. di P.P.D.S, o 2 U.T. RT-23) nella regione volare dell'avambraccio in modo da far rilevare un ponfo di circa 6 mm. di diametro con la cute a buccia di arancio. Nella popolazione normale, non a rischio per TB, il test viene considerato positivo quando il diametro trasverso dell'infiltrato nella sede di inoculazione, letto almeno dopo 48 ore, è pari o superiore a 15 mm.. La prova è considerata positiva quando il diametro trasverso dell'infiltrato di è pari o superiore a 10 mm nelle seguenti categorie di persone:

- immigrati da paesi ad alta endemia di TB;
- tossicodipendenti;
- persone che vivono e/o lavorano in comunità chiuse ad alto rischio (ad esempio carceri, comunità di recupero..);
- persone esposte a rischio professionale;
- persone con condizioni cliniche che le pongono ad alto rischio (tab. A).

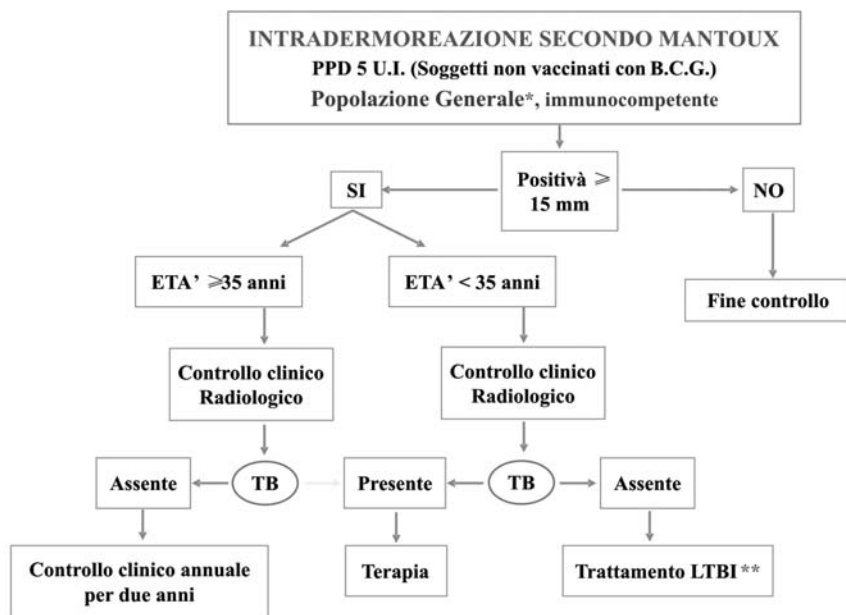
La prova è considerata positiva quando il diametro trasverso dell'infiltrato è pari o superiore a 5 mm nelle seguenti categorie di persone:

- persone HIV positive;
- contatti recenti di casi di TB contagiosa;
- persone con segni fibrotici di TB mai trattata farmacologicamente.

PROCEDURA D'INDAGINE SEGUENTE A TEST TUBERCOLINICO POSITIVO IN SOGGETTI NORMALI, A RISCHIO, VACCINATI E NON CON B.C.G.

Le linee di comportamento da tenere a seguito di una Mantoux positiva verranno espone mediante le flowchart I – VI :

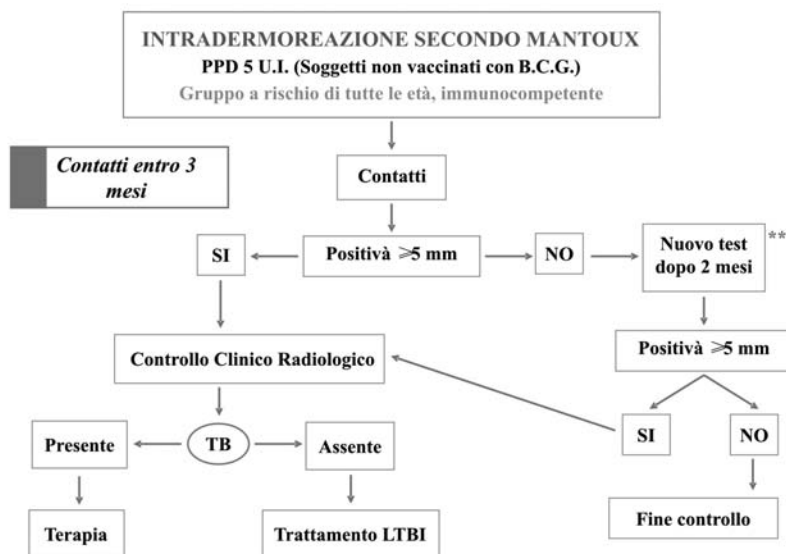
I - Popolazione generale immunocompetente non vaccinata B.C.G..



* Nella popolazione generale, in assenza di fattori di rischio, la Mantoux non è indicata

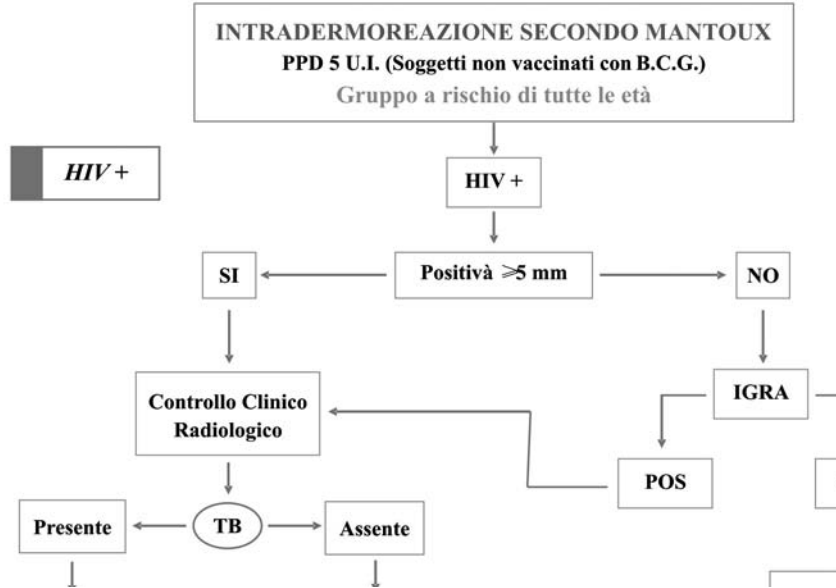
** LTBI: infezione tubercolare latente

II - Popolazione a rischio di tutte le età, immunocompetente, non vaccinata con B.C.G.: CONTATTI.

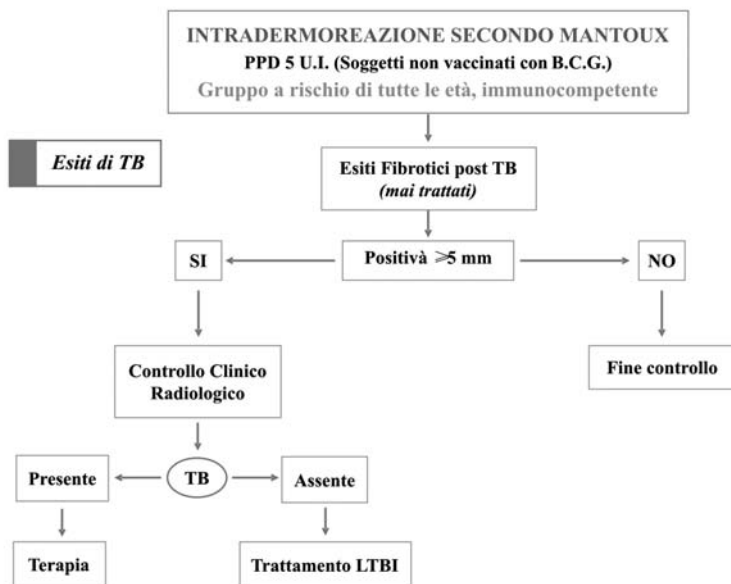


** Alcuni Autori iniziano la chemioprophilassi dal momento dell'intervento sanitario e la continuano per almeno 2 mesi. Questa viene protratta per almeno 6 mesi, se persiste il contatto. In caso contrario seguire lo schema.

III - Gruppi a rischio di tutte le età, non vaccinati B.C.G.,:HIV+.



**IV - Gruppi a rischio di tutte le età ,immunocompetenti, non vaccinati con B.C.G.:
ESITI FIBROTICI DI TB.**



V - Gruppi a rischio di tutte le età, soggetti non vaccinati con B.C.G., indicati nella Tabella A.

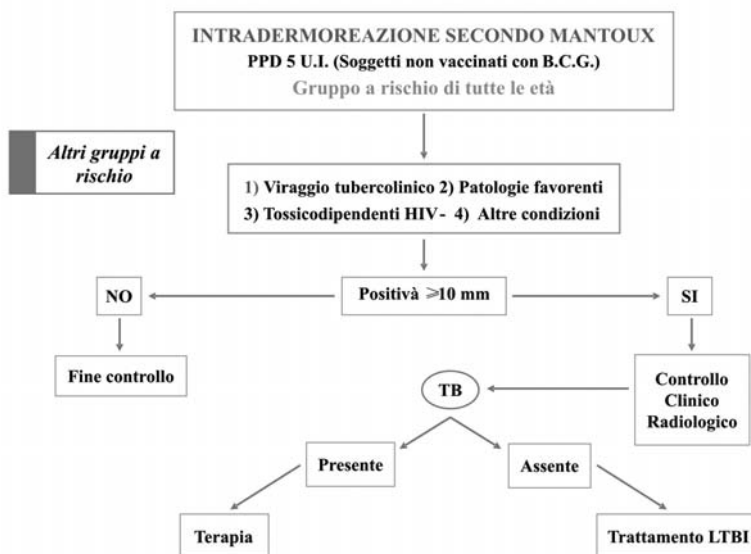
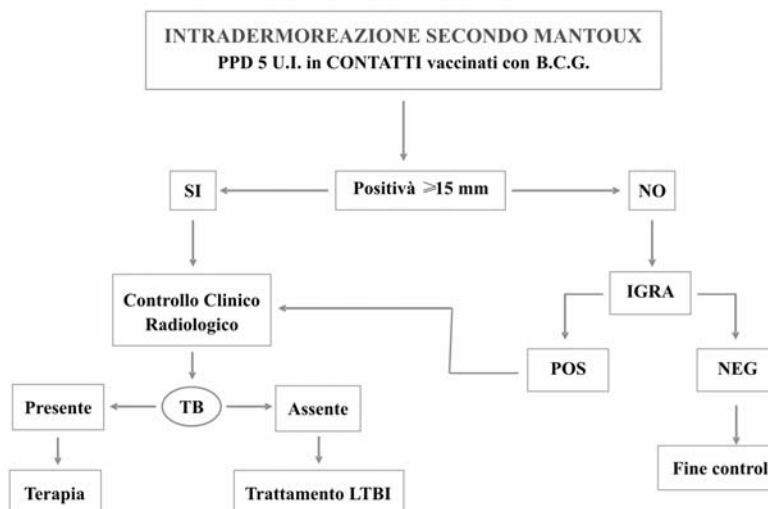


Tabella A:

- 1) Viraggio tubercolinico: Aumento ≥ 10 mm negli ultimi 2 anni p
- 2) Patologie favorenti la progressione della LTBI alla malattia tul
 - * Diabete mellito
 - * Terapia steroidea (> 15 mg/die di prednisone)
 - * Terapia immunosoppressiva, antitumorale, antagonisti de
 - * Neoplasie maligne (Solida o ematologica)
 - * Insufficienza renale terminale, emodializzati
 - * Condizioni comportanti grave denutrizione
 - * Silicosi
 - * Gastrectomia, Anastomosi digiuno-ileale
- 4) Condizioni di vita particolari:
 - * Stranieri provenienti da paesi ad alta incidenza di TB
 - * Poveri ed emarginati:

In questo gruppo a rischio potrebbero essere inclusi i fumatori di più di 20 sig./ die.

VI - CONTATTI VACCINATI CON B.C.G. .



Nella flowchart III, relativa alle persone HIV+, si prevede l'uso dell'IGRA in caso di reazione inferiore a 5 mm per escludere la presenza di immunodepressione.

Nella flowchart VI l'innalzamento della soglia tubercolinica a 15 mm permette evitare, con ragionevole certezza, la possibilità di attribuire la reazione cutanea alla vaccinazione con B.C.G.. Infatti la positività tubercolinica secondaria alla vaccinazione è molto modesta e pertanto il raggiungimento o il superamento di tale soglia stanno a significare una nuova infezione tubercolare. Per valori di infiltrato inferiori a 15 mm si utilizza l'IGRA in modo da evitare erronee interpretazioni di reazione positiva dovute alla vaccinazione con B.C.G..

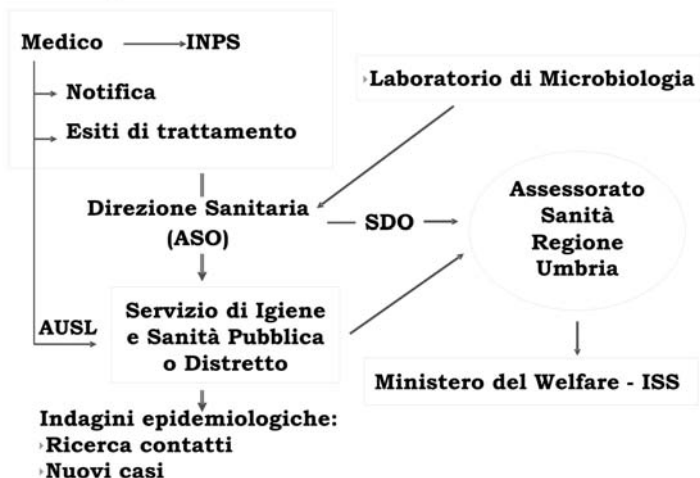
B- Secondo elemento di criticità è rappresentato dalla notifica della malattia che purtroppo non è sempre corretta: in uno studio della regione Umbria che interessa gli anni 1995-2005 è risultata una discrepanza di 135 casi tra le notifiche

di TB e le schede di dimissione ospedaliera (SDO).

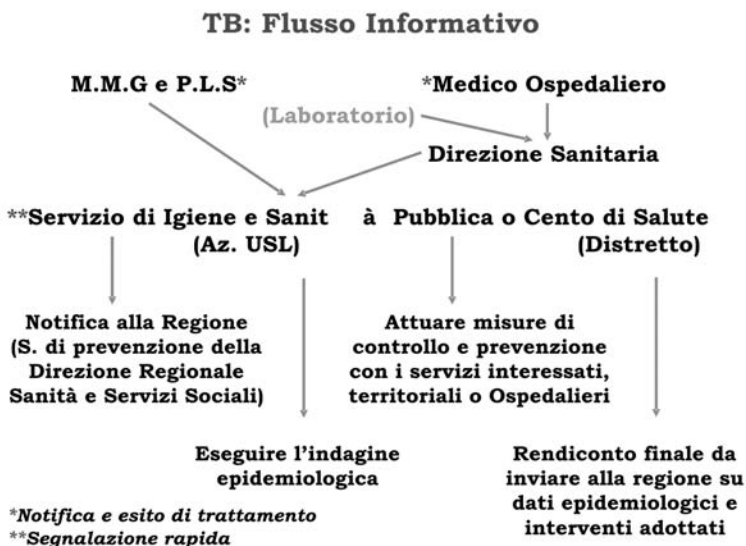
Per evitare tali discordanze, erronee classificazioni, dati incoerenti e presenza di duplicati è necessario intervenire sulla trasmissione dei dati in maniera che vi sia: -maggior attenzione e precisione da parte del medico curante ad effettuare le notifiche relative alla diagnosi di TB anche in caso di semplice sospetto; -coinvolgimento nell'azione di notifica dei casi dei Microbiologi per tutti i pazienti i cui campioni di materiale biologico (espettorato, aspirato gastrico, bronco-aspirato, lavaggio bronco-alveolare) siano risultati positivi all'esame microscopico, all'esame del DNA con metodiche di biologia molecolare e agli esami culturali. Quindi il Medico curante e il Microbiologo, in caso di positività per BK del campione esaminato, effettueranno la notifica alla Direzione Sanitaria o al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della USL a secondo che il paziente sia ricoverato in ospedale o no (vedi schema 1 e 2).

SCHEMA 1 :

Nuova procedura dei flussi informativi sulla TB



SCHEMA 2 :



C- Infine è importante individuare gli “eventi sentinella” elencati nella tabella B, descritti nella Delibera n° 85 del 4 Febbraio 2008 della Giunta Regionale Umbria, avente titolo “ Sistema di segnalazione rapida di eventi

epidemici ed eventi sentinella”, per i quali è necessaria la segnalazione anche telefonica nell’arco delle 24 ore dall’evento e poi, in un secondo momento, procedere alle normali notifiche scritte.

Tabella B: DFINIZIONE EVENTI SENTINELLA

Segnalazione rapida

Interessa i casi di TB che rappresentano “Eventi Sentinella”: forme polmonari (laringe, trachea, bronchi e polmone) insorte in :

- ✦ **Utenti e/o operatori che vivono in particolare comunità**
- ✦ **Operatori o pazienti di strutture socio -sanitarie presenti per uno o più di un giorno nella struttura senza essere messi in isolamento respiratorio**
- ✦ **Focolai epidemici (cluster) definiti come il verificarsi di più di 2 casi, compreso il caso indice, in una stessa comunità (famiglia, scuola, caserma, reparto ..)**

N.B. La segnalazione rapida va sempre seguita dalle notifiche da effettuare secondo i flussi normali

Bibliografia:

- Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. This official statement of the American Thoracic Society and the Centers for Disease Control and Prevention was adopted by the ATS Board Directors, July 1999. This statement was endorsed by the Council of the Infectious Disease Society of America, September 1999. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: 1376-95.
- American Thoracic Society Target Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161:5225.
- Migliori G.B., D'Ambrosio L., Ianni A.: Epidemiologia e profilassi della tubercolosi polmonare. In: Donner C., Sanguineti CM eds. *Trattato italiano di Pneumologia*. Vol. II Tomo I. Edi AIPO Scientifica Pisa. 2000: 939-967.
- Casali L. et al, *Tabaccologia* 2003; 4: 36-39
- Fietta T., Meloni S., Cascina A., et al: Comparison of a whole-blood interferon-gamma assay and tuberculin skin testing in patients with active tuberculosis in individuals at high or low risk of Mycobacterium tuberculosis infection. *Am J Infect Control* 2003; 31:347-53.
- Richeldi L., Cerri S., Losi M., Roversi P.,

Ferrara G., Fabbri L. : I nuovi test per la diagnosi di infezione tubercolare. *Medicina toracica* 2004.

- Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevate endemia tubercolare. Istituto Superiore di Sanità- Roma. Documento di Consenso . Giugno 2008:
- Medici Senza Frontiere: Tubercolosi: omissione di soccorso. L'impegno per gli investimenti italiani nella ricerca e nello sviluppo di nuove terapie contro una malattia globale. Roma, 16 Giugno 2009.

SITI WEB:

- Center for Disease Control and Prevention-Division of TB elimination: www.cdc.gov/nchstp/default.htm
- <http://www.stoptb.org>
- <http://www.stoptbitalia.it>
- www.who.int/tb/en
- Euro TB: www.eurotb.org
- International Union Against TB and Lung Disease: www.tbrieder.org
- Istituto Superiore di Sanità: www.epicentro.iss.it
- Sito “decisionale” su test tubercolinico positivo:

<http://meakins.mcgill.ca/meakins/NEW-TSTCalculator/homeE.htm>

PROGETTO CoADiUVA Affrontare sul territorio l'emergenza demenze

*Serena Amici

L'Italia continua ad essere al primo posto nella classifica dei paesi con popolazione più anziana stilata dall'ONU. L'Umbria è, insieme alla Liguria, la regione più "anziana" d'Italia: un quarto della popolazione umbra è composta da persone con più di 65 anni, e tra questi la metà ha più di 75 anni. Le proiezioni demografiche indicano che nei prossimi venti anni la popolazione umbra continuerà ad invecchiare e che il livello di dipendenza continuerà a crescere, con un probabile aumento dei costi per l'assistenza ai malati cronici.

I dati demografici dimostrano che la demenza, una condizione che interessa l'1-5% della popolazione sopra i 65 anni di età e il 25% degli ultraottuagenari (Studio ILSA, tabella 1) (Di Carlo et al., 2002), rappresenta una vera e propria emergenza sanitaria ed assistenziale e che l'Umbria è chiamata ad affrontare con particolare attenzione, dato l'invecchiamento della sua popolazione.

Pertanto il Distretto Sanitario Media Valle del Tevere della USL n. 2 di Perugia propone da ormai tre anni interventi concreti per migliorare la gestione sanitaria ed assistenziale della demenza. Il Distretto ha promosso corsi di formazione su come "Assistere il malato di Alzheimer", in collaborazione con i Comuni, l'Associazione Malattia di Alzheimer-Umbria (AMA-Umbria) ed il Centro Servizi per il Volontariato (CESVOL). In collaborazione con l'AMA-Umbria, e' stato attivato anche un "Centro di Ascolto Alzheimer", che ha funzionato come raccordo tra i familia-

ri e la rete dei servizi socio-sanitari del territorio, oltre ad informare ed educare i familiari sulle diverse problematiche connesse con la gestione del paziente affetto da demenza.

Questi interventi hanno creato attenzione e sensibilità verso il problema demenze ed aperto la discussione sul ruolo dell'assistenza territoriale nella gestione di queste malattie. Molti familiari, costretti in precedenza a rivolgersi agli ambulatori specialistici dell'Azienda Ospedaliera con lunghe liste di attesa, avevano poi lamentato la mancanza di percorsi assistenziali "locali" per l'inquadramento diagnostico e il monitoraggio delle terapie dei pazienti con disturbi cognitivi. Inoltre i Medici di Medicina Generale ritenevano utile avere un referente nel distretto per consulenze, anche domiciliari. Le istanze del territorio hanno quindi portato all'attivazione, nel gennaio 2007, di un "CONSULTORIO PER L'ALZHEIMER E I DISTURBI COGNITIVI -UNITA' VALUTATIVA ALZHEIMER (CoADiUVA)" rivolto a pazienti affetti da demenze e ai loro familiari.

La novità di CoADiUVA consiste nel fornire nello stesso luogo e nello stesso orario tre diversi servizi:

un ambulatorio specialistico di diagnosi e cura per le demenze; un laboratorio neuropsicologico; un "Centro di Ascolto Alzheimer".

Durante la prima visita viene effettuata non solo una consulenza neurologica di base ma anche la valutazione cognitiva, funzionale e comportamentale, contem-

* Neurologo e Dottore di Ricerca in Fisiopatologia Cerebrovascolare, Neurodegenerativa e Processi di Recupero

Assistenza territoriale

poraneamente all'attività di *counseling* per i familiari. Unire queste valutazioni che di solito avvengono in tempi e luoghi distinti, permette ai clinici di inquadrare correttamente il paziente già alla prima visita, consentendo un notevole risparmio di tempo nel giungere alla diagnosi e nell'intraprendere la terapia.

Gli obiettivi dell'ambulatorio CoADiUVA sono 1) la diagnosi precoce di demenza o addirittura la diagnosi preclinica nei casi "a rischio" di sviluppare demenza; 2) la gestione dei disturbi comportamentali e della disabilità che si verifica nelle fasi più avanzate di malattia; 3) servizi di informazione, formazione e supporto dei familiari per la gestione di malattia, disabilità e disturbi comportamentali.

La conduzione dell'ambulatorio è affidata alla Dr.ssa Serena Amici, neurologa con rapporto di lavoro libero professionale, in servizio presso il Centro di Salute di Todi e Marsciano.. La Dr.ssa Amici è affiancata per il centro di Ascolto dalla Dr.ssa Tacchio, medico del Distretto, e dalla Sig.ra Goretta Morini, presidente dell'AMA Umbria. L'ambulatorio si svolge il primo e il terzo lunedì del mese a Todi, ed il secondo e quarto lunedì del mese a Marsciano. In un anno sono stati valutati 150 nuovi pazienti e 410 *follow-up*. I pazienti diagnosticati "de novo" erano per il 55% casi di malattia di Al-

zheimer, per il 15% pazienti con demenza vascolare, e per il 7% altre demenze, mentre il restante 23% era costituito da pazienti con Mild Cognitive Impairment (o Iniziale Involuzione delle Funzioni Cognitive). Questi ultimi sono pazienti a rischio di sviluppare demenza ma che non soddisfano ancora i criteri della demenza perché, pur lamentando un deterioramento delle funzioni cognitive, sono autonomi nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Da notare che negli ultimi tempi il numero di pazienti con Iniziale Involuzione delle Funzioni Cognitive che giungono all'attenzione del Centro è notevolmente aumentato, segno di un percorso di sensibilizzazione della popolazione generale e dei medici di medicina generale nei confronti di queste problematiche. I pazienti già diagnosticati in precedenza da altri centri hanno avuto accesso al servizio perlopiù per la gestione di disturbi comportamentali e per il rinnovo dei piani terapeutici di antipsicotici ed anticolinesterasici.

Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S, Bonaiuto S, Perissinotto E, Scarlato G, Farchi G, Inzitari D (2002) Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study. *J Am Geriatr Soc* 50:41-48.

Tab. 1: Prevalenza percentuale delle patologie del sistema nervoso indagate, per sesso e classe d'età nella popolazione italiana (studio ILSA).

Patologia	Maschi					Femmine					Totale				
	Eta' (anni)					Eta' (anni)					Eta' (anni)				
	65-69	70-74	75-79	80-84	Totale	65-69	70-74	75-79	80-84	Totale	65-69	70-74	75-79	80-84	Totale
Demenza	1,0	2,3	9,5	18,5	5,3	1,3	4,6	8,8	22,7	7,2	1,2	3,5	9,0	21,1	6,4
Malattia di Alzheimer	0,4	0,8	2,8	5,7	1,7	0,7	2,4	4,3	9,0	3,2	0,6	1,7	3,6	7,7	2,5
Demenza vascolare	0,4	0,8	2,8	3,7	1,4	0,4	0,7	1,5	5,0	1,5	0,4	0,8	2,0	4,5	1,4

Ho riflettuto a lungo sulla opportunità o meno di riaprire tale rubrica: il rischio è quello di non poter rispondere a tutti oppure di non aver nessuno a cui rispondere. E' mia constatazione però che spesso arrivano delle osservazioni e dei ragionamenti che non rivestendo le dimensioni di un articolo andrebbero persi e questo sarebbe un peccato. Altre volte le valutazioni proposte dai lettori hanno un carattere talmente personale che è preferibile rispondere individualmente al diretto interessato e questo sarà mia cura farlo. Sono perciò arrivato alla conclusione che quando se ne presenterà la necessità alcune pagine del bollettino ospiteranno tale rubrica perché il mettere in comune le idee è la principale funzione di questo periodico

Dott. Tiziano Scarponi.

Caro Direttore,

ti scrivo perché vorrei esternare alcune considerazioni che ho fatto leggendo nell'ultimo numero del bollettino gli articoli che parlano del "Decalogo".

.... ormai più che un "decalogo" è una dichiarazione di guerra tra Ospedaliere e Generalisti!

Vorrei commentare l'ultimo punto del decalogo, il "10°", che così recita:

"Tutti i Medici sono tenuti alla massima leggibilità dei referti, delle cartelle, delle lettere didimissione e di ogni altra documentazione sanitaria utilizzando mezzi di scrittura o attenendosi ad una grafia inequivocabile. Ogni documento deve riportare: recapito della struttura, firma e tim-

bro del Medico...."

La domanda che pongo è questa: ma almeno questo punto del Decalogo si può rispettare? Cosa ci costa in termini di impegno o di assunzione di responsabilità? Diamo per scontato il luogo comune che la calligrafia del Medico debba essere per forza indecifrabile?

Penso che sia esperienza comune di essersi sentiti, di fronte a qualche referto scritto a mano (per fortuna il computer qualcuno lo usa!), un po' come Champollion di fronte alla stele di Rosetta!

Non è giusto che si debba perdere tempo, quando ci si riesce, a decifrare i "geoglifici" e le sigle utilizzate dal Collega. Nella scrittura ci potrebbero essere delle informazioni importanti dal punto di vista clinico, perché privarcene?

Mi si potrebbe obiettare che in casi estremi potrei chiamare l'autore, ma qui viene al pettine un altro nodo.

E' mai possibile che manchi il timbro che ci permetta di identificare l'autore dell'"opera"?

Talvolta il timbro c'è ma è quello dell'ambulatorio o della struttura ospedaliera per cui, a meno che non si facciano indagini alla Sherlock Holmes, risalire all'identità dell'autore è un'opera improba.

Concludo auspicando che almeno questo punto del decalogo possa essere applicato al più presto visto che il rispettarlo non richiederebbe che un po' di esercizio calligrafico o l'uso di un computer.

Saluti

Luca Tedeschi

Medico di Medicina Generale - Perugia

Il decalogo non decolla

Caro Direttore,

in un recente numero del bollettino avevi affrontato il problema del burnout, che in varia misura dovrebbe affliggere la nostra categoria. Per quanto mi riguarda, come mmg ormai sulla breccia da più

di trent'anni, devo dire che il disagio relazionale-esistenziale-professionale non deriva dal rapporto con i pazienti, con la maggior parte dei quali penso o mi illudo di essere riuscito a stabilire una relazione di reciproco rispetto e correttezza e, nello stesso tempo, avendo individuato, con l'esperienza, sufficienti barriere di

protezione nei confronti di quella parte di miei assistiti, che continuano ad essere tali, nonostante la difficoltà di stabilire con essi un rapporto "soddisfacente". Piuttosto il mio disagio professionale deriva dal sistema in cui mi trovo ad operare. Fra gli elementi che concorrono a determinare questa situazione, tra i più pesanti, individuerei le liste d'attesa e la burocrazia che ci affligge. Per quanto riguarda il primo, stiamo assistendo ad un progressivo, inesorabile allungamento dei tempi per ottenere una consulenza, un esame strumentale o di laboratorio, per cui siamo costretti al ricorso inappropriato a ricoveri o urgenze, per garantirci un minimo di tranquillità per poter formulare una diagnosi in tempi adeguati. Come suol dirsi, prima o poi ci scapperà il morto e forse allora si metterà mano ad una situazione al momento insopportabile.

Per quanto riguarda il secondo elemento di disagio, relativo agli aspetti burocratici della nostra attività, accolsi con entusiasmo la delibera regionale n.69 con allegato decalogo, perchè dava una risposta finalmente "ufficiale" ad una problematica che da sempre serpeggia nell'attività del m.m.g.

Questo mio entusiasmo in questi mesi si va man mano riducendo, nel vedere quanto tutto ciò che è nel decalogo venga in qualche modo ignorato o snobbato soprattutto dagli specialisti dell'azienda ospedaliera. Ne è un esempio l'articolo del dott. Rondini sul n.3 del Bollettino, dove afferma, partendo fra l'altro da esempi non molto appropriati sull'attività prescrittiva del m.g., che l'articolo 1 del decalogo è inapplicabile.

A mio avviso, però, il collega dimostra di non conoscere dove sono le vere criticità, frequenti e ricorrenti, che noi mmg dobbiamo affrontare nel gestire con gli specialisti alcune ben precise tipologie di pazienti. Non è il Pronto Soccorso l'osservatorio più adatto per poter fare una valutazione a tutto campo della problematica. I contatti con il Pronto Soccorso, più

o meno appropriati, sono occasionali e puntuali, sono brevissimi segmenti di quel profilo che è la storia dei nostri pazienti, dei quali, si dice, siamo gli unici che abbiamo una visione olistica del loro stato di salute. Ma ciò non significa che possiamo pretendere di essere gli unici gestori e responsabili di tutto ciò che accade nella storia naturale di ogni singolo paziente. Significa che, per il rapporto longitudinale che abbiamo con i nostri assistiti, siamo in grado di fare una sintesi, di integrare i vari segmenti costituiti dalle varie problematiche di salute, che un paziente può presentare nel corso della sua vita.

La realtà delle cose fa sì che noi dobbiamo affidare o cogestire alcuni di questi segmenti con gli specialisti e questo non significa che noi perdiamo il ruolo precipuo di figura di riferimento per il paziente, che ripone in noi la fiducia di poter contare su una figura professionale in grado di avviare od orientare un percorso per una risposta adeguata ai suoi bisogni. In questo senso l'applicazione del decalogo non deve far preoccupare il mg di perdere di vista il paziente. Anzi penso che non sia particolarmente dignitoso apparire agli occhi del paziente come chi trascrive ciò che viene richiesto dai colleghi specialisti, più o meno crocettatori. Non mi si venga a dire che si tratta di consigli o di proposte da sottoporre al vaglio del mg. Se così fosse ci vorrebbero ben altri stili o forme di comunicazione. "Si faccia fare dal suo medico l'impegnativa per..." Il termine stesso di "impegnativa" fa parte di un gergo burocratico, che sottende solo aspetti economici-amministrativi. E allora è arrivato il momento di cambiare: l'applicazione del decalogo è un'occasione, forse definitiva, che noi mg non possiamo perdere se vogliamo migliorare il nostro modo di lavorare.

Un collega ha misurato in circa venti minuti, ancorchè coadiuvato da personale di studio, il tempo necessario per trascrive-

re tutte le richieste provenienti da un centro per l'infertilità. Personalmente sento il bisogno, e qui può essere il mio burnout da sistema, di avere più tempo a disposizione, per me e per il mio personale di studio, per organizzare una medicina generale diversa, fatta di programmazione per la gestione delle cronicità, medicina d'iniziativa, ambulatori dedicati, interventi di educazione sanitaria: non voglio lavorare meno, voglio lavorare meglio. Capisco che l'area specialistica non è pronta ed organizzata per affrontare questa impostazione, proposta dalla delibera regionale, nella gestione dell'attività ambulatoriale, ma, con gradualità, penso che da qualche parte si debba co-

minciare. Si potrebbero creare dei piccoli gruppi fatti da mg e specialisti, cominciando a trovare percorsi nuovi per la gestione di quelle situazioni, che creano più criticità. In questo senso mi aspetto iniziative concrete da parte dell'Ordine. Ricordiamoci, infine, che gli stessi cittadini assistiti sono interessati ad una soluzione positiva di questa riorganizzazione, perchè in definitiva sono proprio i cittadini i primi destinatari della "semplificazione dei percorsi assistenziali". E, per ultimo, anche i nostri amministratori comunali sarebbero contenti di veder ridotto, riducendo i viaggi di andata e ritorno dei nostri assistiti, il traffico delle nostre città.

Mario Berardi

A proposito di Burnout

Nell'editoriale del bollettino 2/09 ho cercato di affrontare l'argomento del burnout. Ho adoperato volutamente una modalità "esistenziale" cercando di rimandare ad un secondo tempo una modalità scientifica e clinica: sono convinto, infatti, che ci troviamo di fronte ad un problema che in forma più o meno leggera e più o meno transitoria riguarda tutti noi e l'obiettivo dell'editoriale era soprattutto quello di far prendere coscienza di ciò. Senza dubbio l'obiettivo è stato raggiunto. Ho ricevuto infatti molteplici riscontri: messaggi in posta elettronica, telefonate e commenti verbali di elogio e di ringraziamento. Colleghi ospedalieri, generalisti e dentisti hanno dichiarato di "rispecchiarsi" in quello che avevo scritto e tutti quanti nell'ambito di quelle che possono essere le proprie competenze hanno dato una disponibilità generica e sincera per affrontare la questione. Molti, hanno cercato di spiegare il fenomeno del burnout adducendo cause non direttamente correlabili al diretto rapporto con la professione o con i pazienti:

meandri e pastoie burocratiche, rapporto con le istituzioni, presenza del terzo pagante, l'aziendalizzazione della sanità e tante altre su questo tenore. In quasi tutti però c'è una costante che rimanda al presunto concetto sulle aumentate aspettative o pretese da parte della "gente": "Una volta il paziente era più paziente, bastava prescrivere senza tante spiegazioni, non voleva tutto e subito.....".

Questi colleghi hanno proposto pertanto, come soluzione al problema, delle istanze rivendicative, organizzative e di fatto sindacali.

Un altro collega che si sta interessando dell'errore in medicina generale, invece, ha in mente di verificare quanto il burnout possa incidere sugli errori commessi da noi medici, mentre l'unico psichiatra che si è fatto vivo ha poi individuato nei Gruppi Balint la terapia.

Ho di proposito lasciato per ultimo la psichiatria in quanto voglio proseguire con coloro che praticano questa specialità. Non nascondo di essere francamente deluso dagli amici psichiatri: oltre a quello sopra menzionato, nessun'altro ha sentito

l'esigenza di mandare un minimo riscontro. Non è certo qui il caso di approfondire sul motivo di tanto silenzio, ma senza il loro aiuto è impossibile ed impensabile qualsiasi intervento di tipo operativo dal punto di vista clinico, pertanto allo stato attuale l'unica strada che vedo percorribile è quella di approfondire gli aspet-

ti conoscitivi, epidemiologici e di prevenzione. Ho in mente di contattare l'Ordine degli Psicologi, fare una ricognizione con le forze disponibili e programmare un serie di possibili interventi fattibili. Ringrazio tutti i colleghi che mi hanno mandato dei riscontri e spero comunque di poter mantenere le promesse fatte.

Tiziano Scarponi

La fine del tubetto

Molti odiano il tubetto di dentifricio quando sta per finire.

Forse non piace, così com'è tutto ammaccato. O è l'atto di spremere che mette in difficoltà. Così si passa con noncuranza a quello nuovo. Io invece mi impegno molto nel compito di finire quello vecchio. Per molti giorni è difficile distinguere un tubetto vecchio da uno nuovo. Il tubetto declassato continua, se adeguatamente sollecitato, a produrre il suo mezzo centimetro di dentifricio, malgrado si faccia sempre più piatto. Ogni giorno mi chiedo se dentro ci

sia ancora qualcosa; non vorrei lasciarlo ad occupare inutilmente spazio nel bicchiere. Ma intanto continuo a tirar fuori dal tubetto la dose necessaria ai miei lavaggi. Certo arriva la fase in cui devo premere di più e addirittura lisciarlo ben bene per tutta la sua lunghezza, così da accumulare abbastanza dentifricio nei pressi dell'uscita. Le dosi così ottenute finiscono a volte per essere più abbondanti del previsto e del necessario. Anzi può accadere che l'ultima spremuta abbia delle conseguenze paradossali. Per onestà tralascio di riferire manovre più invasive, necessarie solo quando ci si trova di fronte a tubetti di tipo elasti-



co, che si solito contengono ben più preziose creme. Là arrivo a volte a sventrare il contenitore, scoprendo così riserve insperate di prodotto. Rovistando a cielo aperto nelle viscere del tubetto si può arrivare per esempio a snidare tutto quello che si

è accumulato nei pressi del tappo, ma lo spettacolo di questo sventramento diventa presto ben peggiore di quello del tubetto stropicciato. Anzi, mi astengo dal descrivere, espedienti di cui ho solo resoconti altrui, come quello di usare il fondo del tubetto tagliato alla giusta altezza per farne un tappo posticcio, che nasconda la lacerazione. Nella gran parte dei casi, invece, mi limito a scovare le ultime tracce di dentifricio con un esperto lavoro di pollice ed indice, praticato a due mani a partire dal fondo, fino al collo; quindi premo da sotto con i pollici, mentre tengo fermo il collo con indici e medi. Lo spazzolino attende posato in equilibrio sul bordo del lavandino. Si vede il dentifricio spuntare.

Se provo a lasciare con una mano per afferrare lo spazzolino, la diminuzione della pressione fa subito rientrare la crema. Torno a far pressione con due mani, non sembra venir fuori nulla di consi-

stente, aumento la pressione e gli ultimi centimetri di dentifricio schizzano fuori finendo nel lavandino. Sconsolato, ne raccolgo un po' con lo spazzolino e il resto lo lavo via.

Unica consolazione: attraversare la cuci-

na con il cadavere del tubetto tra indice e pollice, diretto verso il secchio della spazzatura.

Solo ogni tanto mi fermo a riflettere: che tubetto sono io? Che tubetti siamo?

Marco Petrella

Acqua alle corde!

Ho imparato questa espressione dai miei parenti contadini, con i quali da ragazzo ho avuto l'onore di lavorare nei campi e nelle stalle durante le vacanze. Le corde si usavano molto, per fissare i carichi sui muli o sui carretti, ma soprattutto per tirare su con la carrucola sacchi e fascine e portarli all'altezza del finestrone del fienile. Quando mi vedevano in difficoltà (i miei muscoli cittadini a inizio stagione spesso si rivelavano non all'altezza del compito) qualcuno gridava "acqua alle corde", come se il problema fosse la corda prossima a spezzarsi e non io al limite dello sfinimento. Scoprii in seguito che questa frase era una citazione colta di ciò che si gridava nel tirar su con le corde ben altri carichi (obelischi o cose del genere) e l'acqua serviva per spegnere il calore che la terribile tensione provocava nelle fibre di canapa. L'appello sul burnout lanciato da Scarponi sul bollettino, associato alla bella immagine della

corda prossima a sfilacciarsi, mi ha ricordato questa storia. Dico subito che l'allarme di Scarponi è del tutto appropriato secondo me. Ciò che lui descrive è diffuso in tutto il sistema sanitario, anche se è chiaro che quanto più di ha a che fare direttamente con le sofferenze e le difficoltà delle persone, tanto più la sindrome è presente e pesante. La mia disponibilità a riflettere sul tema è piena. Non sono un esperto, né appartengo ai gruppi a maggior rischio, ma provo a dare un mio piccolo contributo. Accanto al percorso psicologico sintetizzato da Scarponi, io terrei conto anche del contesto: mitizzazione della medicina, medicalizzazione dei più svariati aspetti della vita, preminenza del mercato, risorse in calo, età media in crescita. Dobbiamo capire perché le corde rischiano di spezzarsi, perché stiamo per bruciarci, prima di scegliere l'estintore giusto.

Marco Petrella

Caro Scarponi,

vorrei esprimerti alcune mie considerazioni sull'articolo a tua firma "Il nostro Burnout" apparso sul nostro Bollettino. E' innegabile la diffusione di tale sindrome ..depressiva.. tra i medici. Come scrivi, ormai fa parte del nostro vissuto, una costante delle nostre discussioni e dei nostri incontri, come ben fotografati nell'articolo. Ma perché siamo arrivati a tutto questo, quando , per esempio, i nostri colleghi

che ci hanno preceduto nella professione ,i tanti medici condotti, pur sottoposti a ritmi di lavoro ben più stressanti, ne erano praticamente immuni? lo faccio risalire la causa scatenante ad una evidenza professionale palesatasi qualche anno or sono: quando le ASL, LE Regioni, il SSN hanno iniziato a chiarire al Medico di Famiglia che loro rappresentavano il datore di lavoro, la parte pubblica era il vero, essenziale interlocutore del medico di base: da qui, a cascata, tutte le

conseguenze, con il Medico di base ad essere chiamato a rappresentare il baluardo del SSN di fronte alle richieste incongrue, inappropriate, alle spese eccessive e ingiustificate. Il Medico di famiglia, da sempre convinto di rappresentare gli interessi dei propri assistiti e convinto di dover rispondere a loro del proprio operato, si è trovato suo malgrado vaso di coccio tra vasi di ferro: da una parte il SSN con le esigenze sopra menzionate, dall'altra il cittadino-paziente-assistito che, ignaro di regole, norme e leggi, continua nel modus operandi tradizionale ad esprimere la stessa domanda di prestazioni. E' da questo conflitto fra attori che non si parlano, SSN e cittadini, che il Medico di base esce con le ossa rotte e con il Burnout dilagante. La mia proposta: cambiare radicalmente l'impostazione dell'attività professionale del MG. Il Medico di base deve ave-

re come interlocutore privilegiato il SSN, deve impostare la propria attività per garantire al SSN una sempre più qualificata azione nell'evitare i fattori di rischio, nell'attuare la prevenzione, in pratica nel riuscire a far diventare ammalati il minor numero possibile di assistiti. Tutto ciò si può realizzare con l'applicazione di Piani di Salute individuali, rigidi, collegati alle Linee guida internazionali, personalizzati, lontani anni luce da richieste individuali improprie, inappropriate e sbagliate. Il MG dovrà avere la responsabilità di chiedere ai propri assistiti di sottoporsi a questi iter diagnostico-terapeutici, in cambio il MG potrà evitare molti di quei conflitti che lo attanagliano quotidianamente. Porterò queste mie proposte sui tavoli di confronto. Saluti,

Marcello Ronconi SNAMI Umbria

Com'è triste questo gioco! Il gioco d'azzardo ... vera, grave pandemia.

Qualche giorno fa sono entrato in un bar vicino all'ambulatorio: volevo prendermi un caffè; la fila delle persone che aspettavano, in ordine, per giocare al superenalotto, dalla cassa giungeva fino alla porta d'ingresso, nella parte opposta del locale e la pressava, tanto che la stessa incominciava a non chiudersi più. La parete di fronte era tutto un suono e bagliori variopinti, frutto dell'attività di numerose "macchinette", le famose, o meglio famigerate, slot-machine o video-poker, tutte, ovviamente, occupate con lista di attesa dietro al giocatore di turno.

Dire di essere rimasto stupito non è esatto perché, in realtà, ero solo molto amareggiato, volevo un caffè, sono uscito senza ordinarlo, in silenzio, a capo chino, fra lo stupore di due barriste incredule, mi sembrava quasi di essere inopportuno: della folla che c'era ero praticamente il solo a volere un caffè, non al 'casino', ma al bar! Poco dopo avrei partecipato alla riunione dell'Equipe Territoriale, la quale, qualunque sia il tema trattato, necessariamente ha come punto di arrivo, o il contenimento della spesa, mascherato dalla ricerca sempre più insistente di una, totale, poco probabile appropriatezza o l'interpretazione dell'ennesima nota, o qualche elaborazione di dati; tutte attività sicuramente importanti che, tuttavia, in un contesto in cui i valori che governano la società sono ben altri, scen-

dono di molto nella classifica di quello che, ai miei occhi, sembra indispensabile fare, anche per i medici.

Non ho guardato i volti dei singoli, troppo il timore di incrociare facce note, magari amici o assistiti a cui forse, molte volte ho spiegato il perché delle note A.I.F.A, per cui alcuni possono spendere pochi euro, occasionalmente, per acquistare un farmaco che altri non pagano, o in altre occasioni hanno protestato perché una "specialità" è costata pochi centesimi "MA IO VOGLIO IL MIO...ALTRO CHE GENERICO!!....", o hanno sbuffato per la risposta di una segreteria telefonica che, alle nove di sera, annunciava che, a quell'ora, funziona il servizio di Continuità Assistenziale: "HO PROVATO A BECCARE IL DOTTORE A CENA ED INVECE SONO STATO COSTRETTO AD UNA SECONDA ..COSTOSA TELEFONATA IL GIORNO DOPO ..UFFA!!....." Avrei potuto vedere l'assistito che, dopo circa dieci minuti di attesa per una ricetta, da lui programmati, in un lasso di tempo di circa dieci ore di apertura degli ambulatori della Medicina di Gruppo, si lamenta perché "QUESTE SEGRETARIE SONO TROPPO LENTE, ...HO I NEPOTI... MI CHIUDE LA POSTA!!....." e si ..perché la posta, ad una certa ora, chiude!...il dottore forse non può!?...e, magari, chiude anche il bar dove, in ordinata fila, ha aspettato a lungo che il gestore convalidasse la schedina della speranza.

Ti dicono "....PROVO A CAMBIARE LA MIA VITA!.....". ed è vero: per i moltissimi malati di "gambling" (dipendenza patologica dal gioco), la vita può cambiare davvero: gravissimi danni economici per se e la propria famiglia, comportamenti a rischio per racimolare i soldi per giocare, irrequietezza, ansia, depressione grave e.... potremmo continuare.... Altro che l'influenza suina! La pandemia vera, quella grave, è questa;..... e lo Stato?..... NON TI SOMMINISTRA CERTO IL VACCINO!!!! Lo Stato- nota bene- non di destra, di centro, o di sinistra, ma lo STATO-

ISTITUZIONE che permette ai suoi cittadini di essere giocatori abituali in circa TREDICI MILIONI- ed il trend è in assoluta crescita- che invece di porre dei freni, incentiva le giocate e le pubblicizzate sempre più, pensiamo che QUESTO STATO possa poi occuparsi, per davvero, dei problemi reali della gente? ..Non credo proprio che in questo clima si possa affrontare, seriamente, il problema della povertà, o magari, delle liste di attesa, o delle carceri strapiene, o della giustizia, a volte ingiusta e sicuramente troppo lenta, o dell'inquinamento che ti asfalta i polmoni.

Questo Stato pensa che qualcuno possa credergli quando dice di voler portare pace e civiltà in Afghanistan, o, magari, lì dove fiorì l'antica Babilonia? Lo Stato, che non riesce a dire BASTA a questa angosciante pandemia, pensa che qualcuno gli crede quando proclama stop agli incidenti per alcool, o per droga, stop ai morti sul lavoro, stop alla vendita di armi ai dittatori di quei paesi ai cui cittadini non possiamo ancora vendere i "gratta e vinci", stop alla morte per fame, o per AIDS, o per diarrea o simili di milioni di Africani?; perché se a questo Stato non interessa la sorte dei propri concittadini, sai quante risorse sarà disposto a devolvere per nigeriani sudanesi e dintorni!!.

Stando così le cose penso che TUTTI I MEDICI, trasversalmente, DOVREBBERO PROTESTARE: i singoli, le associazioni, i sindacati, gli Ordini, perché è dovere dell'essere medico contrastare tutto ciò che crea patologia e sofferenza. Il gioco d'azzardo è la tassa dei poveri, o fa diventare poveri e/o malati; SCRIVIAMOLO NELLE NOSTRE SALE D'ATTESA, diciamo con convinzione a tutti i cittadini ed in particolare ai nostri assistiti e pazienti, per difenderli nella loro integrità psico-fisica e dare, noi per primi, un forte segnale di civiltà.

Antonio Tonzani

Nuovo direttivo SIMG della Provincia di Perugia

*Piero Grilli

Dopo essere stato per 15 anni presidente provinciale della Società Italiana di Medicina Generale era doveroso farmi da parte. Non compete certo a me esprimere giudizi di merito sulla mia gestione e sono perfettamente consapevole che, quando si riveste una carica per tanto tempo, maggiori sono i rischi di stanchezza e logoramento con le ovvie ripercussioni. In questi 15 anni senza dubbio i medici generalisti hanno fatto tanti passi in avanti per vedere riconosciuta la propria dignità professionale allo stesso livello di qualsiasi altra disciplina specialistica e qualche contributo è senza dubbio stato anche il mio. Ringrazio tutti quelli che mi hanno seguito ed accordato fiducia in tutti questi anni ed auguro al neo presidente un buon lavoro.
Tiziano Scarponi

L'11/08/2009 è stato nominato il nuovo direttivo della sezione SIMG della provincia di Perugia, che risulta così composto, Presidente Dott. Piero Grilli; Vice presidente Dott. Mario Berardi; Segretario Dott.ssa Adelaide Susta; Segretario Amministrativo Dott. Luca Tedeschi. La SIMG è la società scientifica della Medicina Generale fondata nel 1982 a Firenze, è nata per promuovere valorizzare e sostenere il ruolo professionale dei Medici di Medicina Generale, l'associazione si propone alle istituzioni pubbliche e private quale referente scientifico-professionale della Medicina Generale, presta particolare attenzione alle attività di formazione, di ricerca e di sviluppo professionale continuo, è membro della Federa-

zione Italiana delle Società Scientifiche (F.I.S.M.). La SIMG fonda la sua attività su 6 principi ispiratori:

Principio di Beneficialità (i medici ispirano il proprio operato alla beneficialità del cittadino intesa come superiore interesse dell'individuo e della società civile)

Principio di Qualità Professionale (per raggiungere la qualità professionale e l'eccellenza delle cure prestate ai cittadini i Medici di Medicina Generale basano la propria attività professionale sullo sviluppo professionale continuo, sulla formazione permanente e sulla ricerca della appropriatezza, nel rispetto della sostenibilità del sistema, così come è auspicato e sostenuto dal SSN)

Principio di Affidabilità ed Etità dei Professionisti (i Medici di Medicina Generale garantiscono l'affidabilità e l'eticità dei loro comportamenti professionali ed auspicano che ciò costituisca la base dei rapporti tra Stato, Professione Medica e Cittadini nel SSN. Il rapporto con le Aziende del Farmaco deve essere ispirato alla trasparenza, indipendenza ed esplicitamente definito dalle parti)

Principio di Accontabilità e Verificabilità (i Medici riconoscono e accettano il principio di trasparenza dei loro comportamenti professionali e condividono l'esigenza che la loro attività clinica e professionale sia continuamente valutabile e le prestazioni valutate in funzione della efficacia clinica. Tale processo deve costituire la base della valutabilità della progressione di carriera affidata ai valori professionali, della remunerazione economica)

Principio di Completezza dell'Informazione (i Medici del SSN forniscono informazioni esaustive ai cittadini ed al SSN sui

* Presidente della sezione SIMG di Perugia

Associazionismo medico

processi di cura e i percorsi decisionali ispirandosi al concetto di Clinical Governance) **Principio di Autonomia e Responsabilità** (i Medici svolgono la loro attività professionale secondo le regole della autonomia professionale, consapevoli che essa ha come riferimento l'interesse dell'individuo e della comunità e si esalta nel principio etico di responsabilità). La SIMG auspica, all'interno di un nuovo modello di organizzazione delle cure primarie, la cura globale delle persone definita secondo i seguenti principi: Piano di salute: dalla nascita a fine vita La programmazione degli stili di vita, dello sviluppo psicofisico delle persone La prevenzione e l'educazione ai comportamenti di vita L'informazione sanitaria e l'educazione alla salute La valutazione globale dei problemi dell'individuo in rapporto all'ambiente, alla famiglia, alle caratteristiche psicofisiche individuali. La diagnosi precoce delle malattie Il piano di cura e di intervento individuale. Nell'assumere il compito di dirigere la sezione SIMG di Perugia, sento il dovere di ringraziare il Dott. Sabatino Orsini Federici primo presidente, il Dott. Leandro Pesca e il Dott. Tiziano Scarponi che mia hanno preceduto nella

direzione della nostra società e che hanno dato decoro e dignità alla professione della Medicina Generale con il loro impegno e valore professionale. Il progetto di lavoro del nuovo direttivo sarà ispirato ai principi sopra esposti, cercando di diffonderli e condividerli con il più ampio numero di Medici di Medicina Generale della nostra provincia, cercando di coinvolgere sempre più i colleghi della periferia e valorizzare così il pesante lavoro quotidiano della più bella professione del mondo. Altro punto programmatico sarà la ricerca dell'integrazione con i colleghi specialisti, sempre nell'ottica della ricerca del benessere del cittadino, utilizzando percorsi diagnostici terapeutici condivisi, per rendere più facile raggiungere questo obiettivo ci siamo organizzati in aree cliniche e di supporto, con un coordinatore che avrà il compito di raccogliere intorno a se un gruppo di colleghi per produrre delle proposte da portare a confronto con le associazioni scientifiche della specialistica. Auguro a tutto il gruppo un lavoro proficuo con appuntamento alla fine del mandato per fare un consuntivo, che possa essere il più coerente possibile con gli obiettivi prefissati.

VERSAMENTI PREVIDENZIALI MEDICI OVER 65

Nello scorso del mese di luglio, l'INPS, nell'ambito di una vasta operazione volta a contrastare l'evasione contributiva nei confronti della Gestione Separata, ha inviato numerosi avvisi di accertamento a professionisti e lavoratori autonomi, fra cui medici, che, pur continuando a svolgere attività libero-professionale anche dopo il compimento del 65° anno di età, non hanno optato per il pagamento dei contributi previdenziali in favore dell'ENPAM. Al fine di consentire ai medici ultrasessantacinquenni di corrispondere i contributi previdenziali presso l'ENPAM, ed evitare così la dispersione contributiva presso diverse gestioni, l'ENPAM ha adottato un provvedimento con il quale dà la possibilità ai medici già titolari di pensione dal Fondo Generale (cioè con oltre 65 anni di età), di presentare entro il **31 dicembre 2009** una istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo Generale quota B dell'ENPAM, con la relativa opzione per il versamento del 12.50% oppure del 2% relativamente ai redditi dal 2004 al 2008. I medici che si avvarranno di tale opportunità, avranno diritto alla corresponsione di un supplemento di pensione che l'ENPAM provvederà a liquidare automaticamente ogni tre anni. Per ulteriori informazioni e per scaricare il modulo da presentare entro il 31 dicembre, consultare il sito internet www.enpam.it.

Odontoiatria sociale

Il 28 Luglio scorso è stata indetta presso la Direzione dei servizi Sanità e Servizi sociali della regione Umbria una riunione, alla quale anche l'Ordine dei Medici è stato invitato, per "avviare la fase di consultazione per la verifica del Nomenclatore e tariffario regionale" stilato in riferimento alla legge regionale n. 7 del 7 Maggio 2008 "Istituzione nelle Aziende Unità Sanitarie Locali (USL) della Regione Umbria del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica e ortesica" anche conosciuta come legge Vinti-Lupini.

In realtà più che di consultazione si è trattato della presentazione dell'avvio della fase sperimentale di applicazione della legge: dal 1 settembre in tutti i distretti attrezzati delle ASL regionali ha preso avvio questo progetto, che in estrema sintesi ha lo scopo di fornire nelle strutture pubbliche una completa ed esaustiva assistenza odontoiatrica a costi definiti dal citato tariffario. Da quello che è stato lasciato intendere in questa riunione dall'ing. Di Loreto, Direttore regionale per la Sanità ed i Servizi sociali, sembrerebbe che il progetto si sia spinto ben oltre le intenzioni apparenti dei loro estensori: in pratica anziché affiancarsi alla ruotina assistenza odontoiatrica pubblica già in piedi in alcuni distretti, si è voluto **riformare e, tutto sommato finalmente, unificare il trattamento odontoiatrico nelle strutture regionali pubbliche**. Dalla lettura della deliberazione 559 (regolamento attuativo della legge) si può dedurre che tutti i cittadini avranno possibilità di accesso alle strutture pubbliche ed ai medesimi tipi di intervento, ma con priorità e costi differenti in base alla schematica suddivisione di cui sotto:

a) cittadini includibili in una fascia "di particolare vulnerabilità" (in base al DPCM 29 novembre 2001, in recepimento del D.lgs. 502/92, a sua volta recepito nel DGR 292 del 13 marzo 2002); essa è definita rientrante nei Livelli Essenziali di Assistenza e i cui costi di intervento (ad eccezione di quelli

derivanti da manufatti protesici o ortodontici) sono a carico della collettività e sostenuti dal SSR: **per essi è previsto uno specifico nomenclatore di prestazioni e tariffario** (le cui cifre sono sostanzialmente simboliche se si pensa a d es. che una seduta di detartrasi costerà al SSR € 9,71), ed **un elettivo grado di priorità** nell'accesso alle cure medesime;

b) cittadini includibili una fascia definibile come "...più debole..." (per svantaggio sociale o economico o per problemi di salute) ma che non rientra nei requisiti per usufruire dei LEA; **per essa è definito un diverso tariffario e la prestazione è a totale carico dell'utente**, ma avranno **un grado di priorità nell'accesso** (proporzionato alla gravità dello svantaggio e ben definito nella deliberazione) **superiore rispetto al resto della popolazione** anche se inferiore rispetto ai cittadini LEA;

c) tutto il resto della popolazione; per essa **vale lo stesso tariffario** di cui sopra **e le stesse modalità di pagamento, ma non usufruiranno di priorità nell'accesso**. Le strutture e gli studi private accreditate potranno entrare a far parte di questo circuito con le stesse modalità di intervento (priorità e costi) delle strutture pubbliche, tramite sottoscrizione di un accordo che allo stato dei fatti è in via di definizione. Le prenotazioni, anche per i privati, saranno gestite direttamente dai CUP.

Alcuni punti restano non chiariti, tra i quali, tra i più significativi, cosa **si intende per strutture (e studi) accreditate private** (se cioè si intenda le strutture che hanno ottenuto il vero e proprio "accredimento" regionale, o strutture definite "accreditate" in quanto operanti nella regione (cioè tutte)), se la struttura aderente lavorerà **in esclusiva con il SSR**; in che modo saranno **gestite le prenotazioni** e se le strutture accreditate dovranno accollarsi **anche una parte dei pazienti LEA**. Tutte queste informazioni saranno rese pubbliche non appena disponibili; chiunque sia interessato è invitato a contattare la segreteria dell'Ordine

Commissione odontoiatri abusivismo – importante sentenza della cassazione: sequestrato l'immobile

Cari colleghi,
riteniamo di fare cosa utile trasmettendoVi copia della Sentenza della Corte di Cassazione – Sezione VI – n. 24273 dell'11 giugno 2009 che, in tema di repressione dell'esercizio abusivo della professione prevede il sequestro, oltre che delle attrezzature e dei beni strumentali, anche dell'immobile adibito a studio dentistico.

In sostanza, la Cassazione chiarisce che, ai fini del reato, sussiste un nesso strumentale fra l'esercizio dell'attività abusiva e l'utilizzo dell'immobile.

Nel rmandarVi alla lettura delle sentenze, teniamo a sottolineare che, nel campo delicato della lotta all'abusivismo e al prestanomismo, sta iniziando a prevalere una linea più rigorosa, sempre da noi proposta ed auspicata.

CORTE DI CASSAZIONE – PENALE

(sequestro preventivo studio dentistico)
L'immobile adibito a studio dentistico e laboratorio per l'esercizio dell'attività odontoiatrica è collegato da un nesso strumentale diretto e immediato all'esercizio di tale attività e pertanto può essere sottoposto a sequestro preventivo, unitamente ai beni strumentali siti al suo interno, rientrando nella nozione di cosa pertinente al reato, in rapporto di necessaria, specifica e strutturale correlazione con la commissione dell'attività illecita di esercizio abusivo della professione.

Nel caso concreto, al momento dell'intervento degli organi di polizia, nell'ambulatorio dentistico vi era l'odontotecnico che ultimava interventi di terapia conservativa nel cavo orale di una paziente; si ritenevano sussistenti indizi relativi all'eser-

cizio abusivo della professione di dentista, non solo a carico dell'odontotecnico, ma anche del dentista, considerato consapevole della presenza del tecnico nei giorni di assenza dallo studio.

CASSAZIONE PENALE – SEZIONE VI,
SENT. N. 24273 DEL 11.06.2009

Omissis

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO – MOTIVI DELLA DECISIONE

OSSERVA

Ritenuto che il ricorrente propone ricorso contro l'ordinanza in epigrafe indicata con la quale è stato convalidato il sequestro preventivo dello studio dentistico, del quale egli è titolare;
che, precisa l'ordinanza impugnata, al momento dell'intervento degli organi di polizia nell'ambulatorio vi era M.O. odontotecnico, che ultimava interventi di terapia conservativa nel cavo orale di una paziente, poi nel corso delle indagini sentita a sommarie informazioni;
che vi sono solidi indizi del delitto di esercizio abusivo della professione di dentista non soltanto a carico del M., ma anche a carico del dentista F. poiché gli elementi acquisiti consentono di ritenere che egli fosse consapevole della presenza di M. nei giorni di sua assenza dallo studio per consentirgli di soddisfare le richieste dei pazienti; che vi sono elementi per ritenere F.D. concorrente nell'esercizio della professione di dentista da parte di M.O. non abilitato all'esercizio di tale professione; che, con un primo motivo, il ricorrente de-

duce la violazione di legge processuale in relazione all'art. 321 c.p.p., comma 3 ter, poiché non vi è stata la notifica del sequestro dello studio dentistico anche a F., quale proprietario della struttura sanitaria, che per tal motivo la misura cautelare è nulla ed è nulla anche l'ordinanza del giudice del riesame per non essersi pronunciato nel termine stabilito dall'art.324 c.p.p., comma 5, sulla richiesta di F. circa l'omessa notifica dei sequestri;

che il tribunale ha ignorato la questione dedotta con l'istanza di riesame, omettendo di decidere su un punto fondamentale, in tal modo violando la regola generale di pronunciarsi su ciascuna delle censure e non osservando il termine stabilito dall'art. 324 c.p.p., comma 4, la cui violazione comporta l'inefficacia del provvedimento; che tale è la sintesi ex art. 173 disp. Att. c.p.p., comma 1, delle questioni poste.

Considerato che queste Corti si è espressa nel senso – condiviso dal Collegio – che l'immobile adibito a studio dentistico e laboratorio per l'esercizio dell'attività odontoiatrica è collegato da un nesso strumentale diretto e immediato all'esercizio di tale attività e pertanto può essere sottoposto a sequestro preventivo, unitamente ai beni strumentali siti al suo interno, rientrando nella nozione di cosa pertinente al reato, in rapporto di necessaria, specifica e strumentale correlazione con la commissione dell'attività illecita di esercizio abusivo della professione (Sez. 6[^], 5 dicembre 2002, Russano rv. 224790);

che la censura dedotta dal ricorrente, circa la mancata notifica del sequestro anche a F. e la conseguente nullità dell'ordinanza cautelare, è manifestamente infondata poiché l'art. 321 c.p.p., comma 3 ter, prevede la notifica del provvedimento alla persona alla quale le cose sono state sequestrate, senza prevedere una sanzione di nullità; che questa Corte si è già pronunciata nel

senso che il precetto posto dall'art. 321 c.p.p., comma 3 ter, secondo il quale copia dell'ordinanza di convalida del sequestro preventivo è "immediatamente" notificata alla persona cui le cose sono state sequestrate, non è sanzionato con la nullità; esso è infatti previsto al fine di accelerare la possibilità dell'interessato di proporre impugnazione, ma il ritardo nella notifica (e quindi nella conoscenza del provvedimento) ha solo l'effetto di ritardare la decorrenza del termine di impugnazione per l'interessato, ma non pregiudica l'intervento, l'assistenza o la rappresentanza dell'interessato stesso, ai sensi dell'art. 178 c.p.p., lett. c), (Sez. 3[^], 7 marzo 1996, dep. 11 aprile 1996 n. 1099, Sez. 5[^], 11 novembre 1997, dep. 28 gennaio 1997, n. 5002; Sez. 3[^], 12 maggio 1999, dep. 1 luglio 1999, n. 1821; Sez. 3[^], 15 ottobre 2002, dep. 18 novembre 2002, n. 38662);

che, nella fattispecie la richiesta di riesame, è stata presentata da F. e decisa dal giudice competente anche nel merito e, pertanto, la censura dedotta risulta priva di un interesse attuale e concreto; che, pertanto, il ricorso è inammissibile per manifesta infondatezza e, a norma dell'art. 616 c.p.p., il ricorrente va condannato, oltre che al pagamento delle spese processuali, a versare una somma, che si ritiene equo determinare in Euro 1.000,00 in favore della Cassa delle Ammende, non ricorrendo le condizioni richieste dalla sentenza della Corte costituzionale 13 giugno 2000, n.186.

P.Q.M.

Dichiara inammissibile il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali e della somma di Euro 1.000,00 in favore della Cassa delle Ammende.

Così deciso in Roma, il 24 aprile 2009.

Depositato in Cancelleria il 11 giugno 2009.

DAL 1 OTTOBRE CERTIFICATI DI GUIDA PER CICLOMOTORI NON PIU' AI MEDICI DI FAMIGLIA

La Circolare del Ministero dei Trasporti n. 77410 del 4 agosto 2009 stabilisce che dal 1 ottobre 2009 per la guida dei ciclomotori sarà necessaria la visita specialistica da parte dei sanitari abilitati per le patenti di guida con relativa certificazione di idoneità alla guida così come avviene già per le patenti degli autoveicoli

MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI

Direzione generale per la motorizzazione
Prot. n. 77410/08.03

Roma, 4 agosto 2009

OGGETTO: Accertamento dei requisiti psicofisici per il rilascio o il rinnovo dei certificati di idoneità alla guida dei ciclomotori.

Il comma 49 dell'art. 3 della legge 15 luglio 2009, n. 94 (pubblicata sul supplemento ordinario n. 128/L alla Gazzetta Ufficiale) ha apportato modifiche in materia di certificazione sanitaria per il rilascio o la conferma di validità

del certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori. Il particolare, il nuovo testo del comma 1 quater, dell'art. 116 del codice della strada, risultante a seguito della modifica introdotta dal citato comma 49, recita:

“I requisiti fisici e psichici per la guida dei ciclomotori sono quelli prescritti per la patente di categoria A, ivi compresa quella speciale. Fino alla data di applicazione del 30 settembre 2009, la certificazione potrà essere limitata all'esistenza di condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore, eseguita dal medico di medicina generale”.

In base alla nuova disposizione normativa, dunque, a far data dal 1 ottobre 2009 tutti i certificati medici allegati alle istanze per il conseguimento dei certificati di idoneità alla guida dei ciclomotori ovvero necessari per il loro rinnovo dovranno essere rilasciati dai sanitari di cui all'art. 119, commi 2 o 4 del codice della strada.

IL DIRETTORE

Dott. Maurizio Vitelli

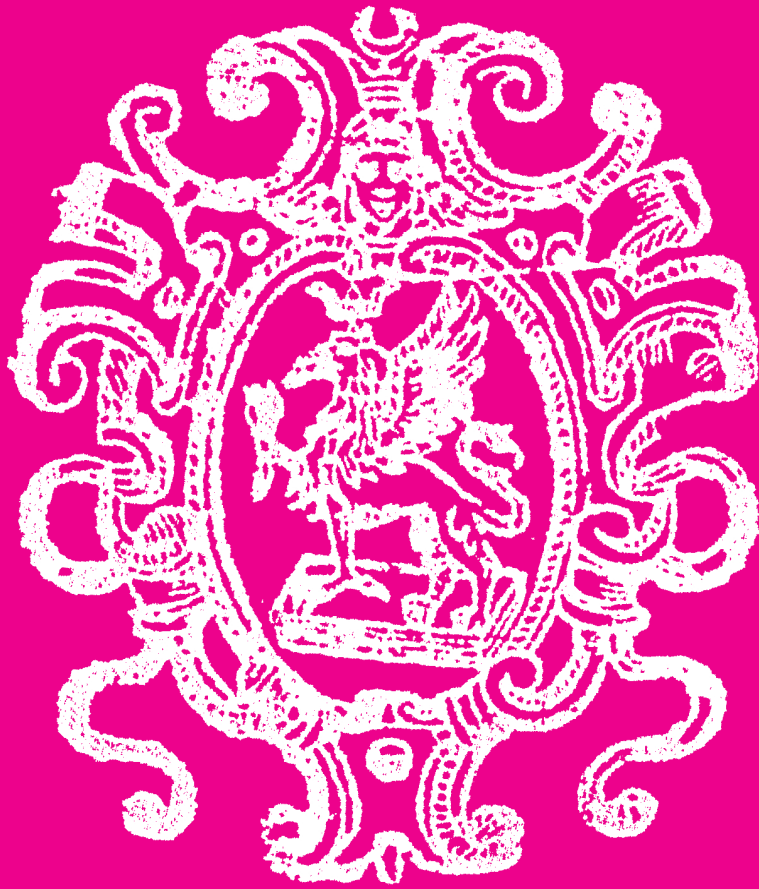
ENNESIMO AGGIORNAMENTO LEGGE 81/08 (ex. 626) COMUNICATO SINDACALE RLS

Facendo seguito alle precedenti Comunicazioni, si segnala che l'INAIL ha emanato il 25 agosto 2009 una circolare recante **“Comunicazione nominativo Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Modifiche all'art. 18, comma 1, lett. aa) del Decreto legislativo n. 81 del 2008”**.

La circolare si è resa necessaria a seguito delle modifiche apportate dall'art. 13, lett.f), del D.Lgs. 106 del 2009 all'art. 18 di cui sopra. Dall'esame della stessa si rileva che, a differenza di quanto previsto nella formulazione della norma indicata in oggetto contenuta nel decreto legislativo 81/09, **la comunicazione del nominativo del RLS non va più effettuata con cadenza annuale, ma solo nel caso di nuova nomina o designazione**. Pertanto in fase di prima applicazione del D.Lgs. 106/09 l'obbligo di comunicazione riguarda specificatamente i nominativi dei RLS già eletti o designati (art. 13, comma 1, lett. f, D.Lgs. 106/09).

Si rileva inoltre che coloro che hanno già ottemperato all'obbligo ai sensi del D.Lgs. 81/08, comunicando il nominativo con riferimento alla situazione al 31 dicembre 2008 non devono effettuare alcuna comunicazione, se non nel caso siano intervenute variazioni di nomine o designazioni nel periodo dal 1° gennaio 2009 alla data della presente circolare. Per coloro invece che non si trovano nella situazione di cui sopra l'obbligo di comunicazione scatta in occasione di prima elezione o designazione del RLS.

Le modalità per l'effettuazione della comunicazione sono previste con procedura on line sul sito dell'Istituto attraverso Punto Cliente. La sanzione amministrativa pecuniaria prevista dall'art. 55 del D.Lgs. 81/08, come modificato dall'art. 32 del D.Lgs. 106/09, per la violazione dell'art. 18, comma 1, lett. aa), del D.Lgs. 81/08, come modificato dall'art. 13, lett. f), del D.Lgs. 106/09, è di €. 50,00 fino a 300,00 €.



(Emblema del Collegio dei Medici e Filosofi - sec. XVIII)