

Elio Tramonte Direttore Responsabile

Ordine e Azienda Ospedaliera Pisana, insieme verso il futuro



Con grande sensibilità e disponibilità il nuovo Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana Dott. Enrico Desideri ha accolto l'invito dell'Ordine ad incontrare il Consiglio Direttivo presso la nostra sede. Alla presenza di tutti i Consiglieri, dei Revisori dei conti e del nostro Ufficio stampa, il Dott. Desideri, dopo avere apprezzato l'organizzazione strutturale e funzionale dei nostri uffici, con affabilità e spirito collegiale ha esposto le sensazioni ed un primo giudizio sulla validità professionale, tecnologica, strutturale e di programmazione della Azienda che si accinge a dirigere dimostrando di avere già preso conoscenza di quanto ben fatto dalla precedente amministrazione.

Medico tra medici, dotato di buone doti comunicative, si è sentito immediatamente a suo agio nella casa comune di tutti i medici e, forse per la prima volta da quando è a Pisa, ha esposto le criticità individuate ed ha analizzato le priorità da porre in essere per fare compiere all'AOUP quel salto di qualità che la porti ad occupare prima possibile e stabilmente il livello di prestigio che le compete.

Ecco i punti più salienti:

Accesso alle prestazioni da parte del cittadino da favorire e semplificare in modo trasparente avendo in mente di accompagnarlo lungo tutto il percorso per riaffidarlo, alla fine, al medico curante proponendo evitando accessi intermedi presso il suo studio per questioni meramente burocratiche.

Informatizzazione del sistema da potenziare in modo da favorire il dialogo tra azienda, utenti e medici di medicina generale in tempo reale sulla fase del percorso di cui sopra prevedendo una cartella personale informatizzata da tenere aggiornata nel tempo.

Aggiornamento e potenziamento del patrimonio tecnologico attraverso l'acquisizione delle attrezzature adeguate e necessarie per portare al massimo livello di produttività l'elevatissimo valore professionale già patrimonio dell'AOUP.

Un accenno particolare al problema del trasferimento a Cisanello di tutte le attività, oggi, del S. Chiara; occasione per reperire il massimo di risorse attraverso una oculata alienazione dei beni che sia compatibile con le linee programmatiche delle amministrazioni locali; risorse da destinare tutte al potenziamento e miglioramento del "Cisanello".

Accenno anche alla Società della salute che, al di là delle osservazioni fatte dalle varie forze politiche e professionali, rappresenta una proposta di integrazione del sanitario e del sociale da osservare con interesse.

Con una visione proiettata verso il futuro e nella previsione dell'ulteriore sviluppo dell'Azienda, che già oggi ha 4500 dipendenti, il Dott. Desideri ha illustrato un modello di organizzazione dei vari dipartimenti tale che questi possano disporre di un sistema amministrativo e di prima comunicazione al loro interno e con l'esterno che diano risposte e soluzioni in tempi e modi sempre più ragionevoli.

Perché si è ritenuto di fare di questo incontro l'oggetto di un editoriale del nostro organo ufficiale di stampa?

Perché è la prima volta che un Direttore generale, nel presentarsi all'organismo di massima rappresentanza della Professione, riconoscendone la funzione ed individuandolo come principale interlocutore e referente della stessa, ha ritenuto di coinvolgerlo ed informarlo sui suoi progetti chiedendone la collaborazione e la disponibilità nel tempo.

La nostra risposta è immediata e si ha la sensazione che non si sia trattato di un atto puramente formale.

E' un'occasione importante che legittima la sensazione di sentirci attori informati del sistema al quale riteniamo di dover offrire leale collaborazione nell'interesse comune.

Siamo anche certi che non mancherà la collaborazione dell'Azienda territoriale interessata con noi al miglioramento ed ottimizzazione del servizio.

Gli extracomunitari in carcere: fra disadattamento e malattie



Il fenomeno dell'immigrazione è una storia antica come il mondo.

Si calcola che soltanto nell'ultimo secolo, quasi 200 milioni di persone abbiano abbandonato la propria terra di origine alla volta di nuovi paesi, alla volta di nuove prospettive di vita.

Il nostro paese circondato da popolazioni povere e giovani (i **paesi dell'Est e del Magreb**) è soggetto strutturalmente a flussi di immigrazione.

Tra regolari e clandestini le stime più accreditate parlano di circa il 3% della popolazione contro l'incidenza media dell'Europa del 5% con punte tra il 6 e l'8% per la Francia, Germania e Belgio fino ad arrivare al 18% per la Svizzera.

Le spinte migratorie sicuramente assolvono le originarie situazioni di disagio socio-politico, nonché economico delle geografie interessate.

E' indubbio che la volontà di abbandonare il proprio paese di origine, più che ad una considerazione di carattere positivo, cioè cercare di più e meglio in altri luoghi lontani, può essere spiegato quale naturale conseguenza di condizioni negative che operano come elementi cosiddetti espulsivi, intendo riferirmi alla miseria, alla fame, alle persecuzioni, alle guerre, alla mancanza di lavoro.

Da varie ricerche effettuate in questi ultimi anni è apparso che gli immigrati hanno un patrimonio di salute pressoché integro al loro arrivo in Italia.

Quanto sopra viene via via dissipato per una

serie di fattori di rischio: **malessere psicologico, mancanza di lavoro e reddito, occupazione in attività rischiose e non tutelate, degrado abitativo, assenza del supporto familiare, clima, abitudini alimentari diverse.**

Al momento attuale circa il 30% della popolazione detenuta pari a 18.500 è rappresentato da extracomunitari.

In Europa noi veniamo dopo l'Olanda e la Francia per numero di detenuti extra-comunitari.

La netta maggioranza dei detenuti stranieri è di sesso maschile con un rapporto di 9 a 1. Il maggior numero di detenuti stranieri è di provenienza africana e in particolare si tratta di Africa Mediterranea (Algeria, Tunisia, Marocco, Egitto).

Negli ultimi anni si sta amplificando la presenza di detenuti provenienti dall'Europa Orientale, con particolare riferimento all'Albania, all'ex Jugoslavia e alla Polonia.

Dai dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sulla posizione giuridica risulta che il 40% ha una condanna definitiva, mentre il 60% è in attesa di giudizio.

Gli Istituti più affollati di detenuti extracomunitari sono: Roma Regina Coeli, Milano, Napoli, Torino, Genova, Firenze, Bologna, Rimini, Palermo e Catania.

A Pisa sono presenti 110 detenuti extracomunitari su una popolazione di 345.

Per quanto riguarda la tipologia dei reati, rivestono un ruolo assolutamente prioritario quel-

li legati agli stupefacenti, ai furti e alle rapine.

La vita del detenuto extracomunitario in carcere è sicuramente un inferno sulla terra.

Risulta penalizzato soprattutto dalla solitudine.

Manca il supporto dei propri familiari e degli amici.

Non comprende la lingua, non comprende le leggi, non comprende i regolamenti, i codici di valore, i segnali, i gesti, gli equilibri, le contrapposizioni.

Si porta dietro anche in carcere la debolezza economica e sociale che troppo spesso lo caratterizza e lo perseguita.

La lontananza dei familiari rende di fatto impossibile i colloqui, venendo a mancare così i reali e più diretti rapporti con i propri affetti.

Per i detenuti extracomunitari il lavoro acquisisce una valenza fondamentale.

Tra le attività più frequenti troviamo il piantone, il portavitto, l'addetto ai rifiuti, l'addetto alla cucina, l'addetto alla lavanderia, occupazioni che molto spesso gli stessi italiani rifiutano.

Problemi notevoli di disadattamento al carcere vengono creati poi dall'alimentazione e dalla religione.

La presenza così rilevante di detenuti extracomunitari ha introdotto nuovi elementi nel panorama sanitario penitenziario, la comparsa di nuove patologie, per lo più malattie parassitarie, il pericolo di diffusione di malattie contagiose, in particolare la Tuberculosis e le malattie sessualmente trasmesse.

Il 30 % dei detenuti extracomunitari è tossicodipendente.

Circa 1000 sono i sieropositivi per HIV.

Gli extracomunitari in carcere rappresentano un abisso di necessità.

Bisogna a questo punto creare le premesse che dietro le sbarre non vengano etichettati

come i nuovi ultimi.

La spinta che porta l'extracomunitario verso l'Occidente viene determinata dal bisogno di sopravvivenza, dal desiderio di un mondo migliore, dalla speranza di trovare accoglienza, protezione, comprensione e soprattutto lavoro e dignità.

Questo sogno a lungo cullato si va a frantumare contro una realtà fatta di rifiuto, di intolleranza, di razzismo.

Lo sradicamento e la marginalità costituiscono prepotenti fattori di rischio degli extracomunitari.

In questi termini, in simili circostanze il tunnel del carcere appare sempre più al momento attuale un percorso inevitabile, quasi obbligato.

Non vogliamo apparire migliori di quelli che siamo, ma l'impegno sul tema dell'emarginazione lo sentiamo come un dovere verso quelle persone che direttamente o indirettamente vivono questo dramma e ci rendiamo conto che dopo tante parole, occorre un'analisi molto precisa e documentata sulle coordinate che definiscono il rapporto con la società.

Esiste la disuguaglianza sociale, esiste l'emarginazione, purtroppo.

Deve formarsi una cultura impegnata, dobbiamo essere in grado di individuare e di cogliere le emergenze del quotidiano, attraverso una rinnovata capacità di attenzione e di immagine.

Ci dobbiamo porre questi obiettivi per essere in grado di fornire risposte qualificate, dove le politiche sociali, lo sviluppo economico e i valori morali, si devono integrare in una prospettiva di sicura convivenza.

Ancora sull'IRAP...



La vicenda riguardante l'IRAP sta lentamente avviandosi a conclusione, infatti quando fu trattata per la prima volta la questione su questo Bollettino, i contribuenti interessati si apprestavano a presentare istanza di rimborso alle competenti Agenzie delle Entrate, ben lontani dunque dal conoscere quali sarebbero state le decisioni delle Commissioni Tributarie successivamente adite.

In breve: presupposto dell'imposta è l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata diretta alla prestazione di servizi. Ciò premesso il professionista abituale che non ha 1) una propria "autonoma organizzazione", quando 2) la sua presenza è indispensabile all'attività dello studio, quando 3) non utilizza nello svolgimento dell'attività capitale e lavoro altrui, allora questo contribuente non è soggetto all'IRAP.

Secondo la Corte Costituzionale (sentenza n. 156/2001) i criteri sopra elencati di assoggettamento all'imposta non possono essere automatici, tesi opposta a quella dell'Amministrazione Finanziaria che ha sempre ritenuto applicabile l'imposta a tutti i contribuenti. I professionisti interessati, che avevano presentato istanza di rimborso, e ai quali nella maggior parte dei casi non era pervenuto atto di diniego da parte dell'Amministrazione, avevano poi provveduto a presentare ricorso in Commissione Tributaria impugnando il silenzio-rifiuto. Veniamo quindi alle sentenze delle

Commissioni Tributarie Provinciali, ovvero a quelle relative al primo grado del contenzioso, che in buona parte hanno accolto i ricorsi dei contribuenti in tutti i casi in cui il soggetto dimostrava di utilizzare beni strumentali di scarso valore e di non avvalersi dell'aiuto di dipendenti, o comunque la presenza di questi ultimi non escludeva la natura personale della prestazione svolta dal titolare nell'espletamento della propria attività. In buona sostanza la giurisprudenza ha cercato di definire quali sono gli elementi che qualificano un'attività come "organizzata" e pertanto soggetta all'IRAP.

Altro problema che si è posto ai contribuenti che hanno aderito alle recenti sanatorie fiscali (condono tombale e concordato), pareva quello di aver rinunciato implicitamente, secondo le circolari emanate dall'Agenzia delle Entrate n.7/E del 05/02/2003 e n.18/E del 25/03/2003, ai rimborsi Irap richiesti. Ma alcune recentissime sentenze della Commissione Tributaria Regionale dell'Emilia Romagna (n. 12/33/04 del 10/03/2004, n. 21/34/04 del 30/03/2004 n. 37/33/04 del 07/04/2004 solo per citarne alcune) hanno però disatteso l'interpretazione non vincolante per la Commissione Tributaria, dell'Amministrazione Finanziaria, ritenendo irrilevante la questione dell'adesione al condono ai fini della decisione sul diritto al rimborso.

Anche il medico si può ammalare

Forse strano, ma vero



Come tutti i comuni mortali anche il medico si può ammalare e quindi avere necessità di cure per guarire e per tornare al suo lavoro per curare gli altri.

In questo giro di parole si vuol dire che sia il medico dipendente che il medico convenzionato in caso di malattia, per prima cosa deve curare se stesso e seguire un iter burocratico in modo e maniera da rispettare quanto previsto dai vari contratti, cercare di evitare un disservizio per l'utenza, le eventuali difficoltà operative per i colleghi che sono in servizio, e soprattutto considerare quegli eventuali risvolti della malattia che potrebbero un domani complicargli la propria vita. Alla luce di quanto sopra vediamo di analizzare in linea generale un percorso standard tralasciando i casi particolari.

Il CCNL all'art. 19 "Aspettativa" c3 si conferma quanto già previsto negli art. 24/25 del CCNL 1996 "il dirigente non in prova, assente per malattia, ha diritto alla conservazione del posto per un periodo di 18 mesi....." in relazione ad un arco temporale di tre anni, ricomprendendo in tale periodo tutte le malattie sia continuative che brevi e ricorrenti.

I periodi di assenza per malattia non interrompono la maturazione dell'anzianità di servizio a tutti gli effetti.

L'assenza per malattia deve essere tempestivamente comunicata dal medico all'Azienda entro tre giorni inviando un certificato medico che attesti lo stato di malattia correlato dal periodo presunto, dell'assenza dal lavoro dopo il quale si desume il rientro in servizio. L'Azienda, preso atto della situazione, può disporre l'eventuale controllo dello stato di malattia secondo i modi previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Qualora il dirigente medico si trovasse durante il periodo di assenza in luogo diver-

so da quello di residenza, è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'azienda specificando l'indirizzo al quale potrà essere reperito.

Inoltre durante i primi 18 mesi la richiesta di un'eventuale visita collegiale per valutare l'inidoneità ad ogni proficuo lavoro può essere richiesta solamente dal dirigente, mentre all'Azienda spettano solo gli accertamenti fiscali di controllo.

Qualora si realizzassero determinate condizioni di grave patologia al dirigente sanitario è possibile un'ulteriore concessione di assenza per malattia per altri 18 mesi o meno a seconda delle situazioni, previo accertamento da parte dell'Azienda delle sue condizioni di salute al fine di stabilire la sussistenza di eventuali cause che potrebbero portare ad una permanente inidoneità fisica a svolgere un qualsiasi proficuo lavoro.

E' bene sottolineare che la suddetta richiesta di ulteriori 18 mesi va fatta prima della scadenza del primo periodo di malattia.

Qualora venissero superati i due periodi di 18 mesi e risultasse accertata l'inidoneità a svolgere qualsiasi proficuo lavoro il rapporto di lavoro può essere risolto dall'Azienda con corresponsione dell'indennità di mancato preavviso.

Comunque la risoluzione del rapporto non è immediata dopo i 36 mesi di assenza, ma l'azienda potrebbe anche decidere di non risolvere il rapporto se sussistesse una seppur minima possibilità di recupero al lavoro da parte del dirigente e se ... sentimenti di umanità consigliano di evitare un licenziamento.

Il certificato di malattia va presentato anche per un solo giorno.

La retribuzione spettante per le assenze relative ai primi 18 mesi si possono così suddi-

vedere:

- 1) stipendio intero per i primi 9 mesi di assenza;
- 2) 90% dello stipendio per i tre mesi successivi;
- 3) 50% dello stipendio per gli ulteriori 6 mesi del periodo di conservazione del posto.

Va ricordato che attualmente all'art 24 c6 è stato aggiunto il c6b delle code contrattuali che specifica nell'ambito delle patologie gravi (es. trattamenti chemioterapici...) quali sono da considerare i giorni di malattia e quali no a cui si rimanda per specifici chiarimenti.

MEDICI CONVENZIONATI

Anche per i medici convenzionati previsto dai rispettivi DPR 270, 271, 272/2000 è previsto dai rispettivi contratti il riconoscimento delle assenze per malattia dall'attività professionale seppur con delle differenze rispetto ai medici dipendenti ospedalieri.

Per i medici specialisti ambulatoriali nel DPR 271/2000 all'art. 26 in maniera molto sintetica si stabilisce che lo specialista per comprovata malattia si assenta, anche continuativamente nell'arco di 30 mesi, dall'attività di servizio l'azienda corrisponde il trattamento economico con le seguenti modalità:

- 1) 100% della retribuzione per i primi sei mesi;
- 2) 50% della retribuzione per i successivi tre mesi;
- 3) conservazione dell'incarico per 15 mesi.

Le modalità di comunicazione all'Azienda della malattia sono uguali al personale dipendente come pure le procedure per l'accertamento fiscale.

In questo articolo tutto si incentra sulla retribuzione allo specialista in caso di malattia e manca la considerazione vera e propria della malattia stessa e delle sue tipologie come invece è previsto nella dipendenza.

Medici convenzionati di medicina generale e pediatri di libera scelta ai sensi del DPR 270 e 272 (con la collaborazione del Sig. Mugnaini Ranieri Resp. Ufficio convenzioni ASL5 Pisa)

Il medico titolare di scelte in caso di malattia

o infortunio (per la durata massima di 3 anni nell'arco di 5) ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza.

Per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa i compensi vengono corrisposti dalle Aziende al medico titolare, che provvederà personalmente a regolare i rapporti economici col sostituto.

Secondo le norme previste dal DPR dal 31° giorno i compensi vengono corrisposti direttamente al medico che effettua la sostituzione.

Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza, vengono stipulate apposite assicurazioni con onere a carico del servizio pubblico.

Il medico può chiedere il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione, relativa ai primi 30 giorni, all'Istituto Assicurativo (attualmente assicurazioni generali) inviando entro 10 giorni dall'inizio della malattia, con lettera raccomandata R.R., certificato medico contenente diagnosi, prognosi e i dati anagrafici.

Dal 31° giorno il medico si rivolgerà all'Enpam che provvederà a liquidare le spese sostenute nella misura del 62% di tutte le voci (tranne gli arretrati) al lordo e con ritenuta del 20%, dietro presentazione della dichiarazione di malattia da parte dell'Azienda USL di appartenenza, dei tabulati relativi alle competenze degli ultimi 3 mesi antecedenti la malattia e di un certificato medico.

Per quanto riguarda l'ENPAM e il regolamento entrato in vigore dal 1/1/1991 del fondo di previdenza dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici della continuità assistenziale, all'Ordine è disponibile tutto il materiale inerente quanto menzionato.

Retribuzione agli specializzandi Utile il ricorso per gli anni '83-'91



E' stato riconosciuto ad un gruppo di medici specializzati presso l'università di Padova il diritto a un'adeguata retribuzione per l'attività svolta durante il corso di specializzazione, anche se prestata in anni in cui l'ordinamento italiano ancora non lo prevedeva. La questione risale a una direttiva del 26 gennaio 1982, che l'Italia ha recepito solamente nel 1991 (Dlgs, 257), senza colmare il vuoto legislativo a partire dal 1983. Questo ha portato ad un contenzioso che ha avuto, presso il Tar Lazio, una risposta favorevole agli specializzandi dal 1983 al 1991, ai quali è stato riconosciuto il diritto al pagamento della stessa cifra che il Dlgs 257/1991 stabiliva solo per gli specializzandi dal 1991 in avanti.

Le direttive comunitarie in materia di formazione professionale dei medici hanno dato luogo ad una vicenda ormai ventennale, costituendo un caso esemplare di "ordinario inadempimento dello Stato italiano" rispetto agli obblighi che gli derivano dall'appartenenza alla Comunità Europea. Ben quattro progetti di legge, presentati tra l'aprile ed il giugno 2003, hanno tentato di mettere la parola fine alla questione, riconoscendo una tardiva e parziale remunerazione ai medici che hanno frequentato le scuole di specializzazione dal 1983 al 1991 per evitare allo Stato di dovere sostenere gli oneri delle centinaia di cause che sono state nel frattempo intraprese dai medici specialisti.

Con le sentenze 25 febbraio 1999 e 3 ottobre 2000 la Corte del Lussemburgo ha infatti stabilito il reciproco riconoscimento dei titoli di medico specialista e questo impone allo Stato membro in cui la formazione è

effettuata di garantire il soddisfacimento di tutte le condizioni previste dalle direttive de quibus e, in particolare, la corresponsione di una remunerazione adeguata ai medici specializzandi, necessità derivante dall'esigenza di "collocare tutti i professionisti cittadini degli Stati membri su un piano di parità all'interno della Comunità".

Le norme della direttiva comunitaria che impongono agli Stati membri di retribuire i periodi di formazione relativi alle specializzazioni mediche sanciscono in capo agli Stati stessi un obbligo incondizionato e sufficientemente preciso, hanno quindi effetto diretto e sono immediatamente invocabili dai cittadini dinanzi ai giudici nazionali, tuttavia, tali norme "non contengono alcuna definizione comunitaria della remunerazione da considerarsi adeguata, né dei metodi di fissazione di tale remunerazione", né "identificano il debitore tenuto a retribuire i periodi di formazione", il giudice nazionale non sarebbe quindi in grado - sulla base delle sole norme contenute nella direttiva - di stabilire quale amministrazione dello Stato sia tenuta al versamento della remunerazione adeguata, né l'importo di quest'ultima.

Numerosi sono ormai i pronunciamenti a vari livelli dei Giudici Italiani.

A gennaio (decisione n°165/2004) i giudici della sesta sezione hanno riconosciuto il diritto alla corresponsione di una borsa di studio annua omnicomprensiva di 13 milioni di vecchie lire a oltre cento ricorrenti, annullando una sentenza del Tar Lazio (n°6983/2001) che l'aveva loro negata.

Palazzo Spada ribadisce un principio già espresso (decisione n° 6802/2002): in base alle direttive Ue (allegato 1 della direttiva

75/36/Cee, aggiunto dalla direttiva 82/76/Cee, oggi trasfusa nella direttiva n° 93/16/Cee), l'amministrazione è tenuta a retribuire in maniera adeguata i periodi di formazione tanto a tempo pieno quanto a tempo parziale degli specializzandi.

I giudici non hanno però accolto la pretesa degli appellanti a ricevere una borsa annua di 21,5 mln di lire, pari all'importo stabilito dal legislatore (Dlgs 258/1991) per gli iscritti alle scuole a partire dall'anno accademico 1991-1992.

Nei loro confronti trova invece applicazione l'art.11 della legge 370/1999 che ha previsto la corresponsione della borsa da 13 mln ai medici ammessi alle scuole dal 1983-1984 al 1990-1991, destinatari delle sentenze passate in giudicato dal Tar Lazio (sez I bis, n° 601/1993 e 279, 280, 281, 282, 283 del 1994).

La concessione dell'emolumento è comunque subordinata all'accertamento delle condizioni elencate dalla legge 370.

In altre quattro decisioni (n° 441-445-446-447/2004, depositate a febbraio) il Consiglio di Stato ha chiarito invece che si prescrive in cinque anni, e non in dieci, il diritto del medico ammesso alle scuole tra l'83 e il '91 a richiedere la borsa di studio. Si tratta infatti di somme dovute in sei rate bimestrali ex legge 257/1991 e annualmente ex legge 370/1999 (somme dovute con cadenza annuale o inferiore all'anno), per le quali è applicabile l'art. 2948 n° 4 del codice civile.

Palazzo Spada ha aggiunto che spettano alla cognizione esclusiva del giudice amministrativo le controversie sulle pretese economiche avanzate dagli specializzandi, poiché la formazione del medico europeo va qualificata come "servizio pubblico".

Si esclude in ogni caso che il rapporto dello specializzando con l'amministrazione possa essere inquadrato nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato.

L'ultima sentenza in ordine di tempo del Consiglio di Stato 165/04 ribaltando il parere del TAR Lazio ha stabilito:

a) Il diritto alla corresponsione di una borsa

di studio annua omnicomprensiva di lire 13.000.000 ai medici ammessi presso le Università alle scuole di specializzazione in medicina dall'anno accademico 1983/1984 all'anno accademico 1990/1991;

b) il diritto al riconoscimento di una remunerazione non solo agli specializzandi a tempo pieno, ma anche agli specializzandi a tempo ridotto;

c) l'applicazione delle direttive Comunitarie (che le norme nazionali di recepimento fissano ai corsi di specializzazione iniziati nell'anno accademico 1991/92) devono considerare i corsi iniziati a far data dal 1983;

d) il giudice nazionale non ha il compito di identificare il debitore tenuto a versare la remunerazione adeguata né di individuare l'importo della stessa;

e) il diritto alla corresponsione delle borse di studio è subordinato all'accertamento da parte dell'Amministrazione delle condizioni previste dal secondo comma dell'art. 11 (frequenza di un corso di specializzazione in base alla normativa prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, per l'intera durata legale del corso di formazione; impegno di servizio a tempo pieno, attestato dal direttore della scuola di specializzazione; mancato svolgimento per tutta la durata del corso di specializzazione di qualsiasi attività libero-professionale esterna, nonché attività lavorativa anche in regime di convenzione o di precarietà con il Servizio sanitario nazionale).

Quanto sopra detto non significa che automaticamente lo stesso diritto verrà riconosciuto a tutti coloro che hanno frequentato la scuola di specializzazione in quegli anni, tuttavia, per coloro che si sono specializzati frequentando i corsi negli anni fra il 1983 ed il 1991, si apre la possibilità di proporre ricorso al fine di ottenere il pagamento per intero degli anni di specialità ed il riconoscimento ai fini giuridici della specialità conseguita (0,5 punti nei concorsi), con eventuale ristoro dei danni subiti.

L'errore in medicina: spesso sono accuse infondate (segue)



Riprendendo il discorso avviato nel numero precedente di "PisaMedica" a proposito di errore in medicina, di responsabilità professionale, della colpa, del dolo e dopo avere esaminato il caso del libero professionista, tenterò di esaminare il caso del medico dipendente ed infine quello del medico di medicina generale e del pediatra di base convenzionati con il S.S.N.

Il rapporto che si insatura tra paziente e medico dipendente, proprio per l'interposizione di una struttura complessa quale è, ad esempio, una Azienda Ospedaliera, viene definita dai giuristi "Extracontrattuale".

Più difficile è inquadrare da un punto di vista giuridico, il rapporto tra cittadino e medico di medicina generale convenzionato e pediatra di base.

Infatti, se per definire il rapporto tra queste due ultime figure professionali ed il S.S.N. si è inventata l'espressione "parasubordinazione" come per dire che non si tratta né di dipendenza né di libera professione, più difficile è stabilire la esatta natura del rapporto che si instaura tra cittadino e lo stesso M.M.G.

Se la scelta del medico rappresenta la libertà del cittadino di esprimere una fiducia con due soli limiti, quello del massimale di scelte e quello territoriale per ragioni rispettivamente di equa ripartizione tra medici delle risorse disponibili e di migliore accessibilità alle prestazioni, non altrettanta libertà è concessa al medico di prendersi pienamente cura del paziente secondo scienza e coscienza, tali e tanti

sono i limiti posti dal sistema e che esamineremo in seguito anche in relazione alla responsabilità professionale.

Riprendendo il caso del medico dipendente c'è da osservare subito che la sua posizione attenua i suoi compiti in caso di errore o di colpa in quanto vede trasferito sul paziente l'onere della prova sia del danno che del nesso di causalità tra danno e colpa.

Ciò non toglie che il medico risponda sempre ed in ogni caso del suo operato indipendentemente dal tipo di contratto.

C'è anche da considerare che, specialmente dopo l'introduzione dell'attività libero professionale intra moenia e dopo la trasformazione degli ospedali in aziende, il cittadino si rivolge ad una piuttosto che ad un'altra azienda proprio per potersi affidare ad uno piuttosto che ad un altro professionista.

Ciò è di non poco conto perché potrebbe preludere ad una trasformazione del suo rapporto con il paziente da extra a contrattuale.

Da qui discende anche che, sempre di più, la responsabilità professionale del medico dipendente tende a divenire sua esclusiva mentre, per definizione, attualmente è solidale cioè contemporanea tra Azienda e Medico tanto che gli effetti economici di una sentenza di responsabilità ricadono su entrambi.

Questo nuovo scenario potrebbe avere ripercussioni sull'onere della prova contraria che rimane sempre un onere pesante.

La complessità delle situazioni che potrebbero prospettarsi comporta l'opportunità, direi anzi la necessità, che il medico dipendente incrementi la sua personale copertura assicurativa aggiuntiva a quella aziendale.

Da quanto detto deriva un possibile incremento di aspetti difensivi nell'attività professionale e l'invito ad aumentare la richiesta da parte dei medici alle Aziende di provvedere a disporre tutti quei correttivi e tutte le risorse umane e strutturali atte a ridurre le possibilità di errore pur nella consapevolezza che resterà sempre una quota di errore inevitabile.

A fronte della complessità delle situazioni prospettate si assiste ad un incremento del contenzioso che, per una serie di considerazioni e di opportunità, non ultima la lungaggine dei procedimenti civili, tende a divenire sempre più penale con i conseguenti danni morali e di immagine.

Quali alternative a tale percorso? Esistono due istituti: la Conciliazione e l'Arbitrato.

Si tratta di due istituti civilistici ad alto contenuto privatistico che, purtroppo, risolvono solo una piccola parte del contenzioso anche a causa delle resistenze delle società assicuratrici.

Una considerazione a parte meritano le linee guida nei percorsi diagnostici e terapeutici. Come è noto si tratta di raccomandazioni che sono il frutto dello studio e dell'esperienza di esperti. Potere dimostrare di essersi attenuti scrupolosamente a queste costituisce certamente un importante elemento difensivo ma non assoluto ed ottimo deterrente rispetto ad iniziative per azioni risarcitorie da parte del presunto danneggiato.

Riprenderemo il discorso delle linee guida a proposito del medico di medicina generale. La posizione contrattuale di questo professionista, definita di parasubordinazione, comporta una serie di vincoli e limiti a quella che dovrebbe essere attività libero professionale.

In realtà il M.M.G. rimane libero professionista per il fisco e per la legge. Per il resto, norme di sempre più incerta lettura, codice privacy, prontuario terapeutico, note CUF, prestazioni alternativamente revocate e reintrodotte, disposizioni nazionali regionali ed aziendali, linee guida e budget costituiscono un carico burocratico insostenibile e motivo continuo di tensione nel rapporto con il paziente quando non proprio di contrasto.

Rispetto al medico dipendente, l'obbligo per il M.M.G. di stare all'interno del budget di spesa rende di difficile applicazione le linee guida. Infatti di fronte ad un evento avverso e di rilevanza legale, se per ragioni di contenimento della spesa si è applicata solo una parte del percorso contemplato dalla linea guida, si rischia di dover rispondere di inadeguatezza rispetto ai bisogni; se, applicando una medicina difensiva, si osserva per intero la linea guida, quasi sempre si sfora la spesa programmata fino a dover rispondere in solido e disciplinarmente. Inoltre il M.M.G., operando molto spesso nella condizione di trascrittore di proposte o di terapie indotte da altri colleghi, è sottoposto ad un rischio di errore sproporzionato alla sua funzione e del quale è tenuto a rispondere civilmente e penalmente.

Prevenire il cancro colon-retto: essenziale il ruolo del medico



Il tumore del colon retto nei paesi industrializzati rappresenta il 15% circa delle diagnosi di cancro ed è la seconda causa di morte nell'uomo, dopo il tumore del polmone, e, nella donna, dopo quello della mammella.

Anche l'Italia si colloca, insieme all'Europa e al Nord America, tra i paesi nei quali questa grave malattia è responsabile del 14% di tutti i decessi avvenuti per patologia neoplastica.

Il carcinoma coloretale nel 95% dei casi ha origine dall'epitelio della mucosa del colon-retto e solo nel 5% ha origine dalla giunzione squamo-cellulare della rima anale. Nella localizzazione colica non vi è differenza di incidenza nei due sessi mentre in quella rettale l'incidenza è doppia nei maschi.

Si manifesta nell'80% dei casi dopo i 50 anni, mentre è raro sotto i 40, ove spesso è associato ad una componente genetica.

La sua patogenesi, per quanto non completamente chiara, si basa su una serie di eventi determinati da modificazioni biologiche e molecolari. Queste causano il passaggio dall'epitelio normale ad una iperproliferazione cellulare con formazione di adenoma che, attraverso modificazioni genetiche coinvolgenti oncogeni e geni soppressori, determina la ormai conosciuta sequenza adenoma-displasia-atipia-carcinoma.

E' una patologia molto aggressiva e, nonostante i progressi che la medicina ha evidenziato in questi ultimi anni, la mortalità rimane alta e la sopravvivenza a 5 anni dall'insor-

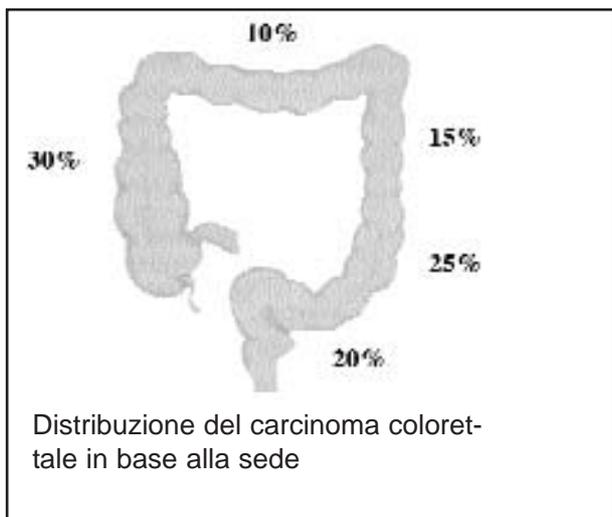
genza dei sintomi è inferiore al 50%. Esistono, inoltre, forme di tumore a trasmissione ereditaria rappresentate dalla poliposi adenomatosa familiare e dal cancro coloretale ereditario non poliposico, ma sono forme estremamente rare che non superano il 5% dei casi.

Il rischio generico di sviluppare un cancro del colon retto è stimato intorno al 6% ma esistono condizioni che possono aumentarlo: fattori genetici, dietetici, età, malattie infiammatorie croniche quali rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn, adenoma del colon, anamnesi positiva per neoplasia del colonretto nei familiari e/o ascendenti.

La condizione di rischio più importante è data tuttavia dalla presenza di polipi adenomatosi nel colon-retto: il cancro, infatti, nel 95% dei casi si sviluppa da un polipo adenomatoso che nel giro di qualche anno degenera. Le sue potenzialità di trasformazione dipendono dal diametro, dalla quantità numerica e dall'aspetto istologico del polipo stesso. Grazie a queste caratteristiche e alla indagine endoscopica, è possibile diagnosticare la malattia prima che si manifestino i sintomi.

In genere, una dieta ricca di fibre e ridotto apporto calorico (purché iniziata in tenera età), povera di sale e grassi animali, è ancora considerata un fattore protettivo verso l'insorgenza di questa neoplasia.

Dato che la prevenzione primaria tende a modificare le abitudini di vita e necessita di tempi molto lunghi di attuazione, è soprattutto la prevenzione secondaria, cioè lo studio della popolazione senza segni o sintomi



di malattia, che permette risultati più rapidi. Ed è quindi su questa ultima che si deve agire nel tentativo di diagnosticare il cancro del colon retto, iniziando dalla distinzione tra la popolazione normale e i soggetti che presentano fattori di rischio.

La popolazione normale cinquantenne dovrebbe, infatti, essere annualmente sottoposta ad uno screening con ricerca del sangue occulto nelle feci. I soggetti risultati positivi dovrebbero poi essere sottoposti ad indagine endoscopica.

I soggetti a rischio dovrebbero, invece, iniziare anticipatamente (40-50 anni) le indagini mediante una colonscopia ripetuta

ogni 3-5 anni.

Nei casi in cui l'indagine del colon rilevasse polipi adenomatosi, dopo 3 anni dall'asportazione dovrebbe essere ripetuto il controllo (la prima volta) e in seguito ogni 5 anni (in caso di risultato negativo).

Nei pazienti sottoposti a resezione per cancro del colon retto è necessaria una colonscopia ogni 3 anni al fine di diagnosticare precocemente una recidiva.

Nelle famiglie in cui vi siano neoplasie a trasmissione ereditaria, è possibile, mediante un test genetico, identificare la mutazione e quindi individuare precocemente i soggetti a rischio che dovrebbero essere sottoposti a controlli endoscopici costanti a partire dai 10-12 anni di vita.

Allo stato attuale delle conoscenze, comunque, nessun marcatore tumorale è raccomandato né per lo screening né a scopo diagnostico: l'antigene carcinoembrionario (CEA) non è infatti specifico né utile nella diagnosi precoce del tumore.

Fondamentale anche per questa patologia è

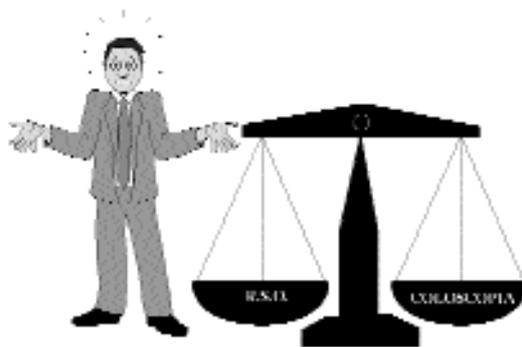
Tabella 1. Fattori di rischio

Rischio per sindromi ereditarie	Percentuale di rischio
Poliposi adenomatosa familiare	100%
Cancro colo-rettale ereditario non poliposico	>80%
Rischio familiare	
un familiare di 1° grado con CCR	rischio aumentato di 2-3 volte
due familiari di 1° grado con CCR	rischio aumentato di 3-4 volte
un familiare di 1° grado di età < 50 a. e con CCR	rischio aumentato di 3-4 volte
Altre condizioni	
Malattia di Crohn	5-10%
Colite ulcerosa	34% (dopo 30 anni di pancolite)
Polipo adenomatosa di diametro < al cm	1%
Polipo adenomatosa di diametro tra 1 e 2 al cm	10%
Polipo adenomatosa di diametro > a 2 cm	50%
Polipo adenomatosa di diametro > a 3 cm	55%

invece l'azione del medico di medicina generale il quale può attuare non solo interventi di educazione sanitaria ma, conoscendo la storia del paziente e quella della sua famiglia, può facilmente identificare i soggetti a rischio, far effettuare la ricerca del sangue occulto e, in caso di risultato positivo, la colonscopia.

Il medico può anche sensibilizzare i pazienti alla ricerca dei sintomi di allarme rappresentati da diminuzione del peso corporeo, alterazioni dell'alvo, presenza di sangue nelle feci, tenesmo e anemia e cercare di aumentare l'attuale percentuale dei soggetti che accettano di sottoporsi allo screening (al di sotto del 60%).

Il test di screening migliore sarebbe in ogni caso quello di proporre una colonscopia al di sopra dei 50 anni indipendentemente dalla ricerca del sangue occulto nelle feci, ma tale indagine non è proponibile sia per i costi che per la compliance dei soggetti. Per quanto la ricerca del sangue occulto nelle feci, soprattutto se associata alla colonscopia, sia una forma di prevenzione onerosa per il SSN e poco gradita al paziente, è fondamentale sensibilizzare e informare la popolazione sulla reale utilità dello screening del cancro del colon retto che è in grado di ridurre la mortalità nel 33% dei casi.



Il cancro coloretale si può prevenire

Un nuovo modo di curare i denti Cosa cambia con l'impiego del laser



La richiesta di cure odontoiatriche ha subito negli ultimi tempi una evoluzione che va di pari passo allo sviluppo tecnologico.

Sempre più di frequente i pazienti vanno dal dentista e richiedono cure precise pretendendo l'uso di strumenti sempre più sofisticati, secondo le ultime novità pubblicizzate dai mass-media. Tra questi, sempre di più viene richiesto l'uso del laser. Oggi i pazienti si accomodano sulla poltrona consapevoli che il dentista può trattare la carie senza usare il "fantomatico terribile trapano", strumento il cui rumore, al solo sentirlo evoca nei più, la paura del dolore.

Vi sono diversi tipi di laser impiegati in odontoiatria, ma i più frequentemente usati sono il laser ad erbio di lunghezza d'onda 2940 nm che ha una alta affinità per l'acqua e per l'idrossiapatite e quindi si può usare sui tessuti duri del dente. Questo laser consente di curare la carie in quanto riesce a rimuovere la dentina rammollita ed agendo sullo smalto possiamo preparare la cavità per l'otturazione. Il tessuto cariato è ricco di acqua ed è per questo che viene usato il laser ad erbio che ha appunto alta affinità per questa molecola. Questo laser agisce creando delle microesplosioni che per effetto della pressione liberata, rimuovono il tessuto danneggiato, con un effetto meccanico, senza alterare perciò il tessuto sano, anzi, non avendo un potere penetrante il laser ad erbio rimuove solo gli strati superficiali (spesso non è necessario fare l'anestesia). E' considerato un laser freddo perché l'energia termica sull'acqua causa la repentina evaporazione e lo spray di aria di cui è provvisto il laser rimuove il tessuto cariato. Studi effettuati con metodiche particolari hanno dimostrato che la temperatura a cui viene sottoposto un dente trattato con il laser ad erbio si innalza di 1-2 gradi soltanto rispetto ai 3-4 di una turbina con acqua di raffreddamento ed ai 14-15 se viene utilizzata senza spray di raffreddamento, questo consente di non fondere lo smalto ma anzi di creare una superficie mordenzata che aumenta l'adesività per i materiali usati per l'otturazione, ed oggi vengono sempre più richiesti materiali estetici anche per le otturazioni sui denti posteriori dove non sarebbe preminente una esigenza estetica. Il laser ad erbio è quindi uno strumento che aiuta il dentista nella terapia conservativa, non può essere usato per rimuovere le vecchie otturazioni in amalgama d'argento o in ceramica o in oro, non può essere utilizzato in endodonzia perlomeno fino a quando non sarà realizzata una fibra sottile da penetrare dentro il canale, non è opportuno utilizzarlo in chirurgia poiché provoca un taglio grosso e sanguinolento, ma per queste esigenze vi sono altri laser che

sono usati con risultati veramente eccezionali come il laser al neodimio o il laser a co2 o i laser a diodi.

Il laser neodimio Yag ha una lunghezza d'onda di 1064nm, utilizza per veicolare la luce delle fibre sottili (200 – 320 – 600 – 900 micron) che ne consentono l'uso in endodonzia, in parodontologia e chirurgia. Può essere utilizzato in modalità continua o pulsata a seconda della frequenza degli impulsi emessi, ciò permette di dosare l'accumulo di calore nei tessuti, quest'ultima è la modalità usata di solito in odontoiatria. In questa modalità tra un impulso e l'altro c'è un tempo di rilassamento termico che impedisce alle fibre nocicettive di essere stimulate, e quindi non viene percepito il dolore. In endodonzia il laser a neodimio consente di penetrare dentro il canale radicolare ed effettuare la completa sterilizzazione del canale in quanto la luce irradiata, muovendo la fibra in senso rotatorio dall'apice verso la corona, penetra anche nei canalicoli laterali prevenendo così le recidive dovute alla presenza di batteri difficilmente eliminabili con i sistemi convenzionali. Utilissimo nel trattamento delle tasche parodontali dove introducendo la fibra fino al fondo si possono trattare queste parodontopatie senza ricorrere ad un intervento chirurgico spesso demolitivo. Altra peculiarità del neodimio è quella di poter eseguire interventi chirurgici senza sanguinamento della ferita, ad esempio si possono effettuare frenulectomie senza anestesia, senza punti di sutura e senza terapia antibiotica. Alcune carie per essere curate necessitano una gengivectomia che effettuata con il laser, e non provocando sanguinamento, consente di procedere subito alla otturazione. Allo stesso modo si procede per un allungamento di corona e per altri interventi del genere. Infine è da ricordare il potere di stimolazione che il laser esercita sui tessuti per cui si ha una guarigione più veloce senza cicatrici ed influenzando il microcircolo riduce l'edema post-operatorio.

Un altro tipo di laser usato in odontoiatria è quello ad anidride carbonica, (lunghezza d'onda 9600 e 10600 nm) presenta un assorbimento nell'acqua e nell'idrossiapatite ma per l'elevato effetto termico non può essere utilizzato nella terapia conservativa in quanto provoca disidratazione e microfratture dello smalto. Il suo uso elettivo è in chirurgia per il taglio rapido, preciso ed emostatico. Infine i laser a diodi sono in aumento per le loro caratteristiche di basso costo e trasportabilità. Sono utilizzati per lo più in chirurgia essendo la loro azione sovrapponibile a quella del neodimio, ma soprattutto come soft-laser, biostimolanti nel trattamento del dolore e nella guarigione delle ferite.

Sorveglianza attiva per gli anziani In Toscana accordo raggiunto



Accordo regionale fra la Direzione Generale del Diritto alla Salute, le Aziende Sanitarie Locali e le OO.SS della medicina generale per la realizzazione di un progetto di "sorveglianza attiva" nei confronti degli anziani ultrasessantacinquenni a rischio, residenti nel territorio della Regione Toscana e iscritti negli elenchi dei medici di medicina generale.

Premesso che:

- L'ARS, in collaborazione con l'ARPAT, ha effettuato una rilevazione sui decessi avvenuti nei mesi estivi dal 1988 al 2003 su un campione rappresentativo di comuni toscani selezionati sulla base dell'ampiezza demografica e della zona altimetrica;
- Da questa analisi è emerso che l'andamento della mortalità sopra i 75 anni, nei mesi estivi, presenta variazioni cicliche prevalentemente legate ai fenomeni climatici e riguarda in modo particolare la tipologia di anziani senza partner e che vivono in comunità;
- E' risultato un incremento dal 2002 al 2003 intorno al 14% di mortalità per gli ultrasessantacinquenni, anche se tale incremento deve tenere conto che l'anno 2002 era stato particolarmente fresco e con bassa mortalità;

Rilevato che da tali elementi è comunque rilevabile un problema di sovramortalità durante i mesi estivi che suggerisce l'adozione di misure preventive;

Considerato che tali misure richiedono il coinvolgimento integrato dei Comuni, delle Aziende Sanitarie, dei Medici di Medicina

Generale, del Volontariato e terzo settore, delle associazioni di auto-aiuto e degli imprenditori locali;

Preso atto inoltre che il luogo della programmazione dell'intervento è individuabile all'interno della zona-distretto e della Società della Salute;

Stimato che a livello regionale i soggetti potenzialmente a rischio oscillano fra 20.000 e 30.000;

Tenuto conto che presso i distretti delle Aziende sanitarie:

- sono in uso le schede di tutti i pazienti inseriti in un processo socio assistenziale di ADI e RSA;
- sono identificabili i soggetti sottoposti a trattamento di ADP

Considerato che la competenza dei medici di medicina generale è essenzialmente da ricondursi ad un arruolamento dei soggetti a rischio iscritti nei propri elenchi, non presenti nei programmi assistenziali sopra richiamati, attraverso la predisposizione di idonea scheda identificativa da far pervenire entro il 30 aprile 2004 all'Azienda Sanitaria e da aggiornare semestralmente;

Valutato che l'identificazione di tutti i soggetti a rischio, comunque rilevati sul territorio regionale, sia dalle Aziende Sanitarie che dai Medici di Medicina Generale, costituisce elemento di valutazione e monitoraggio per altri interventi nei confronti di questa fascia più debole di popolazione, da attivare in via sperimentale per l'anno corrente;

L'Assessore al Diritto alla salute
.....

Il Direttore Generale della Azienda sanitaria
locale n.10
.....

FIMMG
.....

SNAMI
.....

FEDERAZIONE MEDICI
.....

INTESA SINDACALE
.....

Concordano

1. Le OO.SS. firmatarie del presente accordo si impegnano, attraverso i propri rappresentanti appositamente individuati, a partecipare al gruppo di lavoro tecnico insediato presso l'ARS, al quale collaboreranno anche i geriatri, con il fine di concordare i criteri utili a predisporre un modello di scheda di identificazione dei soggetti anziani a rischio, che preveda la classificazione di segnalazione di tipo socio-sanitario o di tipo sociale

2. Il modello di scheda di cui al punto 1, recepito in sede di Comitato Regionale ex art.12 DPR 270/00, sarà trasmesso dalla Direzione Generale del Diritto alla Salute a tutte le Aziende sanitarie locali, alle quali

competerà la consegna ai medici di medicina generale iscritti negli elenchi dei propri ambiti territoriali.

3. I medici di medicina generale, attraverso la compilazione della scheda identificativa, provvederanno ad individuare dagli elenchi dei propri iscritti gli ultrasessantacinquenni non inseriti in programma di assistenza ADP, ADI e RSA, che, sulla base dei criteri predefiniti, sono ritenuti soggetti a rischio e che risultano pertanto da inserire nel processo di sorveglianza attiva.

4. I medici di medicina generale si impegnano a garantire all'Azienda sanitaria l'aggiornamento semestrale delle segnalazioni contenute nella scheda identificativa;

5. La remunerazione spettante al medico di medicina generale per ogni soggetto ultrasessantacinquenne a rischio individuato nei termini di cui al presente accordo, e per il quale è stata predisposta e consegnata all'Azienda sanitaria alla scadenza prevista (30 aprile 2004) la scheda identificativa ed effettuato l'aggiornamento semestrale è di Euro 50,00;

6. Le Aziende Sanitarie sono tenute, limitatamente al periodo di attivazione della sorveglianza, a consentire ai medici di medicina generale l'attivazione autonoma dell'ADP e il superamento del tetto previsto dall'art. 45, lettera C1, punto 2, DPR 270/2000 ai fini dell'attivazione dell'ADP nei confronti dei soggetti anziani a rischio sanitario come identificati nell'apposita scheda.

Privacy: tra le maglie della legge

La notificazione al Garante deve essere effettuata, come noto, solo se il trattamento dei dati personali è indicato specificamente nel Codice entrato in vigore lo scorso 1° gennaio (art. 37 D.lg. n. 196/2003).

La notificazione può essere poi esclusa per effetto di un provvedimento di questa Autorità che è stato già adottato lo scorso 31 marzo (Prov. n. 1/2004, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 6 aprile 2004, n. 81 e sul sito web).

Con risposta ai quesiti formulati il 19 u.s., si ritiene ora opportuno evidenziare altri trattamenti che non devono essere notificati in base ad una corretta interpretazione delle disposizioni vigenti.

1. Dati genetici e biometrici (art. 37, comma 1, lett. a) e b)).

L'esonero disposto dal Garante a proposito del trattamento di dati genetici e biometrici (punto 1, lett. a) del Prov. n. 1/2004) opera sia per i professionisti che trattano tali dati individualmente, con la collaborazione di addetti incaricati del trattamento – ad esempio, per adempimenti amministrativi, sia per quelli che condividono il trattamento con altri professionisti, specie all'interno di uno stesso studio medico, operando quali contitolari di un medesimo trattamento effettuato in forma associata.

Il trattamento dei dati genetici non va notificato se il professionista, nell'ambito di ordinari rapporti con l'interessato, viene semplicemente a conoscenza e tratta in modo saltuario informazioni di tipo genetico rela-

tive ad esempio all'anamnesi dei pazienti, all'esame di screening o test genetici, ad indagini prenatali e ad annotazioni di dati relativi ad attività di prevenzione, diagnosi e cura di determinate patologie genetiche.

La notifica va, infatti, effettuata solo se il trattamento dei dati genetici è effettuato sistematicamente ed assume, quindi, il carattere di costante e prevalente attività svolta rispetto alla molteplicità di trattamenti connessi all'attività professionale esercitata (come avviene per un genetista).

In ogni caso, l'esonero non opera, poi, per i trattamenti di dati genetici o biometrici effettuati da strutture sanitarie, pubbliche o private (quali ospedali, case di cura o di riposo, centri di riabilitazione, ambulatori polispecialistici, laboratori di analisi cliniche e diagnostica per immagini, studi fisioterapici, aziende sanitarie, istituti clinici privati, associazioni sportive), essendo stato disposto solo in favore di persone fisiche esercenti le professioni sanitarie, anziché per i trattamenti dei dati genetici o biometrici in quanto tali.

Tra i dati biometrici non sono qui ricomprese le informazioni relative a peso, altezza o pressione arteriosa di un individuo. La ratio della norma del Codice sulla notificazione è, infatti, quella di porre attenzione non ad ogni dato personale relativo agli aspetti fisici di un interessato, ma solo a determinate caratteristiche fisiche o fisiologiche specifiche di ciascuna persona e che ne consentono un'identificazione certa (derivanti ad esempio dalla rilevazione dell'impronta digitale, della retina o dell'iride).

L'esonero disposto con il Prov. n. 1/2004 riguarda infine i trattamenti finalizzati a tutelare la salute o l'incolumità fisica dell'interessato o di un terzo; non attiene invece ad ulteriori finalità, come quella del controllo della rilevazione delle presenze del personale da parte di datori di lavoro pubblici o privati.

Procreazione assistita, trapianti, indagini epidemiologiche, rilevazione di malattie mentali, infettive, diffuse, e sieropositività (art. 37, comma 1, lett b).

Le considerazioni appena espresse sul fatto che l'esonero in tema di dati genetici e biometrici opera anche quando gli esercenti le professioni sanitarie effettuano il trattamento in forma associata (e non anche per le strutture sanitarie), valgono anche per l'ulteriore esonero disposto per i trattamenti qui indicati (punto 2, lett. a), del Prov. n. 1/2004.

Nell'esonero disposto rientrano, tra l'altro, i trattamenti effettuati da un medico specialista, quale ad esempio un ginecologo, nell'ambito dell'attività di consulenza o assistenza in materia di procreazione medicalmente assistita, come pure quelli effettuati da un esercente la professione sanitaria in relazione al sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di Aids conclamato. Tutto ciò, sempre a condizione che i trattamenti siano effettuati non sistematicamente.

Per quanto riguarda poi le malattie mentali, infettive e diffuse, il trattamento da notificare è solo quello effettuato "a fini di... rilevazione..." di tali patologie. Questa circostanza ricorre nel caso di insiemi organizzati di informazioni su tali aspetti, di cui sono spesso gestori strutture, anziché persone fisiche, e non anche in caso di episodi occasionali di diagnosi e cura che riguardano un singolo professionista (oppure nei casi in cui, presso un comune,

occorre adottare in conformità alla legge un provvedimento che dispone un trattamento sanitario obbligatorio).

2. Prestazione di servizi sanitari per via telematica (art. 37, comma 1, lett. b).

La prestazione di servizi sanitari per via telematica va notificata solo se i medesimi servizi sono relativi ad una banca di dati, oppure sono relativi alla fornitura di beni.

Non devono essere quindi notificati:

- a) i diversi trattamenti di dati sanitari nell'ambito della c.d. teleassistenza, nei quali i dati sulla salute o sulla vita sessuale sono trattati per vari servizi di assistenza o consultazione sanitaria per via telefonica (come ad esempio quelli che permettono di consultare telefonicamente uno o più esercenti professioni sanitarie);
- b) i trattamenti di dati organizzati in banche dati trattati manualmente (archivi cartacei);
- c) i trattamenti di dati organizzati in banche dati informatizzate anche con più accessi nello stesso studio, ma non collegate ad una rete telematica (es. lan o computer non connesso ad altri elaboratori).

In secondo luogo, gli esercenti le professioni sanitarie possono avvalersi di diverse applicazioni telematiche e di telemedicina senza dover perciò stesso notificare. Ad esempio, essi non devono notificare se, unicamente:

- utilizzano semplicemente uno o più computer nel proprio ufficio;
- si avvalgono della posta elettronica per dialogare con assistiti e pazienti, inviando o ricevendo e-mail anche nei rapporti con terzi;
- effettuano prenotazioni nell'interesse degli assistiti, sempre per posta elettronica o in rete;

- trasmettono per via informatica o telematica un file contenente dati sulla salute o sulla vita sessuale;

- condividono eventualmente con altri professionisti nello stesso studio medico, in rete unicamente locale, una serie di dati relativi a pazienti curati in comune o per i quali si procede comunque ad uno scambio di valutazioni;

- annotano sul proprio computer, o li conservano senza creare un'apposita banca dati (ad esempio, nell'elenco delle e-mail trasmesse), dati relativi a servizi prestati per via telematica, ma senza utilizzare una banca dati per prestare il servizio.

Sono oggetto di notificazione, poi, i servizi che, oltre ad essere relativi a banche di dati, sono prestati per via telematica. Ciò comporta, ad esempio, che non devono essere notificati i trattamenti nei quali il medico utilizza una banca dati anche per via telematica, ma non presta, altresì, il servizio per via telematica, avendo un rapporto diretto con il paziente presso il proprio studio.

Come si può notare, diversi trattamenti non devono essere quindi notificati anche all'interno delle varie ipotesi di c.d. medicina in rete (art. 40, commi 8 e 9, dell'accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale posto in esecuzione da d.p.r. 28 luglio 2000, n. 270).

In quest'ultimo ambito sono invece da notificare:

- i trattamenti nei quali ricorre la doppia condizione della prestazione del servizio sanitario per via telematica e dell'utilizzazione di una banca dati (o della fornitura di un bene), come ad esempio nel caso di insiemi di schede sanitarie organizzate in una banca dati accessibile a diversi soggetti e consultata in rete telematica al momento della prestazione del servizio, oppure di cartelle cliniche rese accessibili on-line a strutture sanitarie e all'interessato ovunque questi si trovi nel mondo;

- i trattamenti effettuati non in forma associata nei termini indicati, ma da un soggetto associativo distinto dai professionisti che pure vi aderiscono. In questo caso, come in quello relativo ad eventuali sistemi informativi gestiti da aa.ss.ll. o da enti territoriali cui i professionisti abbiano accesso, la notificazione va effettuata dal soggetto associativo o dall'ente il quale assumono la qualità di titolare del trattamento, effettuando le scelte di fondo che competono a tale figura.

3. Monitoraggio della spesa sanitaria; igiene e sicurezza del lavoro (punto 2, lett. b del Provv. n. 1/2004)

Valgono anche in questo caso, riguardo all'esonero disposto sul punto con il Provv. n. 1/2004, le considerazioni espresse nel punto 1 della presente nota a proposito dell'esercizio dell'attività in forma associata e della diversa collocazione delle strutture sanitarie.

Non riguardando il monitoraggio della spesa sanitaria, non devono essere infine notificati i trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute effettuati da strutture private accreditate o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale al solo fine di ottenere il rimborso delle prestazioni sanitarie specialistiche erogate.

L'Autorità resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

I 150 assassini di Mozart: ancora incerte le cause di morte

Cosa ha ucciso Mozart? “What killed Mozart?” Così s’intitolava una rassegna sulle varie ipotesi delle cause di morte di Wolfgang Amadeus Mozart, il celebre musicista austriaco, nato a Salisburgo il 27 gennaio 1756 e morto a Vienna il 5 dicembre 1791, apparsa due anni fa sulla prestigiosa rivista americana Archives of Internal Medicine, a firma di J.V. Hirschmann della University of Washington, a Seattle, negli USA. In questo articolo l’autore passa in rassegna le varie ipotesi fatte nel corso del tempo per spiegare la morte del musicista, all’alba del trentaseiesimo compleanno. Se ne conoscono ben 150 differenti, da quella dell’avvelenamento ad opera di colleghi invidiosi, a malattie più o meno comuni a quell’epoca, come la malattia reumatica. Infine Hirschmann giunge a formulare un’ipotesi suggestiva che chiama in causa la trichinellosi, una malattia che all’epoca di Mozart non era stata ancora descritta. Il mistero sulle cause della morte nasce dal fatto che i resti del genio sono andati dispersi irrimediabilmente sette anni dopo la sua morte e quindi non si potrà mai dare una risposta certa a questo interrogativo. L’idea dell’avvelenamento nasce da indizi clinici come da fatti di natura storica. Ci sono pro e contro questa ipotesi. Innanzitutto l’osservazione che alla morte il suo cadavere andò incontro ad un notevole rigonfiamento tale da impedire l’autopsia. Inoltre a detta del figlio Carl Thomas che aveva allora 7 anni, già nei giorni precedenti la morte, l’edema diffuso impediva benché il minimo movimento al paziente. La teoria dell’avvelenamento è stata fatta propria dal celebre scrittore russo, Aleksandr Pushkin, nella sua opera “Mozart e Salieri”, dedicata

ai rapporti tra i due celebri musicisti e ripresa successivamente nell’opera del celebre compositore russo Rimsky-Korsakov e quindi nel famoso film “Amadeus” del regista americano Milos Forman nel 1984. La teoria della cospirazione, oltre che essere priva di fondamento storico, lo è anche di credibilità sul piano medico.

E’ stata fatta anche l’ipotesi di un’intossicazione per l’assunzione di una dose eccessiva di mercurio che il musicista avrebbe regolarmente assunto per la cura della sifilide. Tuttavia, oltre all’assenza di una sintomatologia riconducibile alla malattia venerea mancano anche i segni clinici caratteristici di tale avvelenamento come l’irritabilità ed il tremore intenzionale, a giudicare dai suoi ultimi manoscritti che non denunciano alcuno di questi disturbi. Tra le ipotesi di morte legate a malattie naturali, considerate dai vari autori negli anni, vi è quella dell’uremia, ipotesi formulata sulla base della testimonianza del padre di Mozart, Leopold. Questi racconta Wolfgang nel 1784, ben sette anni prima del decesso, era affetto da una sintomatologia riconducibile ad una infezione delle vie urinarie; questa potrebbe essere evoluta negli anni successivi in una malattia renale che avrebbe progressivamente minato il suo vigore fisico. Quest’ipotesi è in contrasto col fatto che negli ultimi mesi di vita, Mozart descrive nelle sue lettere uno stato di vigore fisico e spirituale come dimostrato dalla produzione del periodo caratterizzata tra l’altro da due opere, “La Clemenza di Tito” ed “Il Flauto Magico”. Tuttavia l’insufficienza renale potrebbe essere insorta in maniera acuta come evoluzione di una manifestazione emorragica diffusa, come per esem-

pio la porpora di Scoenlein-Henoch. Questa potrebbe giustificare alcune delle manifestazioni cliniche descritte da chi ha assistito fino all'ultimo il compositore, ma non ha i caratteri di epidemicità ed ha una bassa mortalità. Infine, tra le ipotesi più accreditate in passato vi è stata quella del reumatismo articolare acuto che poteva giustificare molte delle caratteristiche del quadro clinico come l'edema diffuso senza difficoltà respiratoria, infiammazioni delle estremità sia superiori che inferiori, la febbre ed il rash cutaneo. Se non è da prendere in considerazione la morte per un episodio acuto, una complicanza cardiaca della malattia insorta nell'infanzia avrebbe dovuto causare non solo edema, ma anche difficoltà respiratoria che invece non viene mai menzionata da chi assistito al decesso. Per altre motivazioni, soprattutto l'assenza dell'epidemicità, si può concludere l'ipotesi dell'endocardite infettiva, formulata da altri autori. Alla luce di tutte queste considerazioni, secondo l'autore americano, l'unica malattia che può racchiudere i caratteri del quadro clinico di Mozart (e cioè febbre, rash cutaneo, edema senza dispnea, infiammazione delle estremità comprese mani e piedi, coscienza integra fino alla morte, carattere epidemico, mortalità significativa, decorso prevedibile) è la trichinellosi, un'infezione causata da un nematode parassitario appartenente al genere *Trichinella*.

Quest'infezione sarà descritta ben quarantaquattro anni dopo la morte del musicista, da Sir James Paget, allora studente al primo anno di Medicina al St. Bartholomew's Hospital di Londra. Essa viene contratta con l'ingestione di carne cruda o poco cotta di animali infetti, generalmente suino, cinghiale, altri animali selvatici e domestici, come il cavallo. E' stato stimato che allo stato attuale circa 10 milioni di persone siano a rischio di contrarre quest'infezione nel mondo. Lo stesso Mozart racconta in una sua lettera scritta quarantaquattro giorni prima del decesso le meraviglie di gustose cotolette di maiale.

Secondo Hirschmann sarebbe quindi lo stesso Mozart a rivelarci la causa della sua morte. A confutare quest'ipotesi è intervenuto recentemente, in risposta all'articolo di Hirschmann, sulla stessa rivista J. Dupouy-Camat, parassitologo dell'Hospital Cochin di Parigi, il quale sulla base dell'assenza di segni tipici della trichinellosi, quali la mialgia e l'edema periorbitale, e sul fatto che questa infezione non abbia sempre un decorso predicabile, esclude questa malattia come causa della morte di Mozart. Ma Hirschmann in replica contesta le obiezioni di Dupouy-Camat, rimanendo fortemente convinto della validità della sua ipotesi.

Personalmente, come ho avuto modo di scrivere allo stesso Hirschmann, ritengo che l'obiezione più rilevante da fare alla sua ipotesi è il fatto che un lungo periodo d'incubazione della malattia si concilia male con un quadro clinico così grave da portare al decesso. La trichinellosi ha cambiato alcune vicende della storia umana, come la data della scoperta del Polo Nord che sarebbe stato scoperto prima, se un'intera spedizione guidata da Salomon Andree, non fosse stata annientata dalla malattia causata dall'ingestione di carne cruda da orso polare, ma probabilmente non ci ha privato precocemente del più grande genio musicale della storia. Rimane sicuramente valida l'ipotesi più romantica per spiegare la morte del celebre compositore che è quella secondo la quale Mozart è morto soltanto perché c'era bisogno di un nuovo maestro di cappella in Paradiso.

Eco-color doppler sopraortico

Quando è utile prescriverlo



L'evidenza che il processo arterosclerotico inizia in una fase precoce rispetto al manifestarsi degli eventi clinici, il progressivo mutare degli stili di vita, l'aumento della popolazione anziana, la sempre più sofisticata tecnologia nella diagnostica strumentale non invasiva e l'avvento di terapie sempre più efficaci per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardio-vascolari, ha portato ad un notevole incremento nella richiesta di esami ecocolordoppler dei vasi del collo o sopraortici.

Al fine di evitare una prescrizione indiscriminata ed impropria di questa metodica le Società Scientifiche nel campo delle Malattie Cardio-vascolari hanno elaborato delle Linee Guida o raccomandazioni sulla appropriatezza che ci possono indirizzare verso una sua corretta indicazione.

Innanzitutto è necessario, affinché l'appropriatezza delle indicazioni possa essere verificata, che l'esame sia sempre preceduto da una valutazione clinica e che l'indicazione stessa sia posta tenendo conto delle informazioni che l'esame stesso può fornire e delle capacità di definire diagnosi, prognosi e di indirizzare verso una terapia adeguata.

Ormai tutti gli studi clinici ci consentono di dire che la patologia delle carotidi è la condizione che conduce più frequentemente ad una richiesta di esame ecocolordoppler. Questo perché le evidenze hanno dimostrato che l'aterosclerosi carotidea è un marker precoce di malattia cardio-vascolare e quindi è importantissimo avere un corretto inquadramento clinico per identificare i soggetti a rischio di eventi ischemici sia

cerebrali che coronarici, con una metodica non invasiva e sicura, se affidata a mani esperte.

I pazienti a rischio e che quindi necessitano di un esame ecocolordoppler dei vasi sopraortici possono essere individuati in base ai segni clinici, ai sintomi e per un monitoraggio del decorso clinico in soggetti in cui sia già nota una patologia in questo distretto o per screening.

Indicazione in base ai segni clinici:

- Emiparesi
- Soffio carotideo
- Differenza significativa della pressione arteriosa tra i due arti (superiore a 20 mmHg)
- Tumefazione pulsante in regione latero-cervicale
- Nistagmo

Indicazione in base ai sintomi:

- Amaurosi transitoria
- Deficit di forza, ipoestesia di un arto, disartria
- Parestesie focali
- Drop attacks
- Afasia
- Amnesia globale transitoria
- Sincope
- Vertigine soggettiva
- Diplopia

Monitoraggio del decorso clinico:

- Pazienti con pregressa endoarterectomia o angioplastica carotidea
- Pazienti con stenosi carotidea nota o con ostruzione controlaterale di carotide.

Screening:

- Pazienti con aterosclerosi polidistrettuale accertata con interessamento di almeno due distretti o di un solo distretto in previsione di intervento di chirurgia maggiore
- Pazienti con cardiopatia ischemica accertata con età superiore a 70 anni
- Pazienti asintomatici che presentano almeno due fattori di rischio per aterosclerosi.

Nei pazienti con fattori di rischio sottoposti a screening la misurazione ultrasonografica dello spessore medio-intimale carotideo (IMT) è risultato un indicatore molto valido e riproducibile di malattia aterosclerotica e la Scuola di Cardiologia e Angiologia di Pisa con il prof. M. Mariani e prof. A. Balbarini ha

contribuito enormemente a validare e standardizzare questa metodica, dimostrando che un aumento dell'IMT si associa a lesioni aterosclerotiche di altri distretti ed è un predittore indipendente di eventi cardio-vascolari e cerebro-vascolari.

Questa metodica rappresenta, quindi, un elemento fondamentale nella diagnostica delle malattie cardio-vascolari ma va riservata ai soggetti che ne necessitano realmente e che prima bisogna ricordare sempre di eseguire un attento esame clinico perché solo attraverso un cammino integrato è possibile migliorare le nostre possibilità di intervento.

Parkinson: dalla farmacoterapia alle cure alternative

Ubaldo Bonuccelli
Dipartimento di Neuroscienze
Università di Pisa
U.O. Neurologia Ospedale Versilia

La terapia della MP non può prescindere dall'approccio farmacologico tradizionale e nuovi farmaci attivi sui sintomi, ma anche farmaci neuroprotettivi - che cioè rallentano la degenerazione neuronale e la progressione della malattia - stanno per entrare nell'armamentario terapeutico. E' comunque innegabile che il successo terapeutico riconosca componenti estranee alla mera efficacia del principio attivo del farmaco.

Un'informazione corretta, esauriente e adeguata può fornire al paziente gli strumenti per affrontare la malattia ed accettarla pienamente: bisogna tuttavia considerare che un eccesso di informazioni sull'eventuale evoluzione negativa della malattia può provocare ansia e rivelarsi controproducente sia per il paziente che per i familiari.

Associazioni laiche

Le associazioni che riuniscono i parkinsoniani ed i loro familiari possono offrire un aiuto sia psicologico, sia sociale. La frequentazione di altri individui che vivono esperienze analoghe può ridurre il disagio causato dalla consapevolezza della progressione del disturbo; può essere molto utile anche lo scambio di consigli pratici su come affrontare i problemi quotidiani legati alla malattia.

Le associazioni generalmente organizzano attività complementari, ricreative e ludiche che, incoraggiando la socializzazione, svol-

gono anche un ruolo terapeutico. Le associazioni hanno anche l'importante compito di consigliare il malato e la sua famiglia nella gestione dei problemi di ordine pratico che la malattia comporta.

Nutrizione

Una nutrizione equilibrata è importante sia in fase di compenso terapeutico, sia in fase complicata. Il cibo influenza l'assorbimento dei farmaci ed è pertanto preferibile assumere la L-dopa a stomaco vuoto, anche a causa della riduzione dell'assorbimento della stessa operata dalle proteine, praticamente presenti nella maggior parte degli alimenti con l'eccezione della frutta e della verdura. I dopamino-agonisti andrebbero assunti a stomaco pieno, poiché alcuni effetti collaterali sono ridotti dalla precedente assunzione di cibo. Ai pazienti che assumono prevalentemente L-dopa vengono quindi consigliate diete a contenuto proteico ridotto, limitando le proteine al pasto serale.

Un altro problema affrontabile in parte con provvedimenti nutrizionali riguarda la eventuale ipotensione ortostatica sintomatica, evidente quando il paziente assume la stazione eretta e soprattutto durante i mesi estivi. In questo caso l'apporto di sodio e quindi di cibi salati, l'uso di integratori salini, un ulteriore incremento di liquidi ed il frazionamento dei pasti sono provvedimenti da considerare.

Talvolta, nella fase complicata di malattia, si verificano problemi di deglutizione. In questi casi, la difficoltà nel deglutire può richiedere adeguamenti delle abitudini nutrizionali,

scegliendo cibi e modalità di assunzione ad hoc.

Attività motoria

L'esercizio fisico è un importante complemento per il paziente affetto da MP ed ha sicuramente effetti positivi sia sulla mobilità che sull'umore.

Un programma di esercizio fisico, moderato ma costante, dovrebbe includere una passeggiata quotidiana di 20-30 minuti, esercizi di allungamento, che hanno lo scopo di aumentare l'elasticità e la forza muscolare. Nelle fasi più avanzate di malattia sono opportuni esercizi per migliorare la capacità respiratoria, il controllo posturale e l'equilibrio, la coordinazione motoria, la velocità e la forza del movimento.

Di particolare interesse sono le strategie di neuroriabilitazione che privilegiano il controllo attenzionale in modo da rendere volontari i programmi motori, suddividere in sequenze i movimenti complessi ed evitare attività motorie simultanee, poiché la malattia comporta la perdita del controllo automatico dei programmi motori. Un altro ausilio per contrastare la riduzione degli automatismi motori è l'uso di stimoli sensoriali esterni, visivi ed auditivi, eventualmente ritmici, per iniziare, mantenere e variare gli schemi dell'attività motoria.

Terapie non convenzionali

Secondo un recente studio statunitense, il 40% dei parkinsoniani seguiti presso un centro specializzato in disordini del movimento usufruisce di almeno un tipo di terapia alternativa. Vitamine, erbe, massaggi e agopuntura sono le più comuni e sono scelte senza relazione con le caratteristiche della malattia, anche all'insaputa del medico. Un atteggiamento analogo è presente anche nel nostro paese e può tradire la ricerca di strumenti alternativi per opporsi ad una patologia evolutiva e degenerativa ad eziologia non ancora chiarita.

Le pratiche di medicina naturale sono spesso basate su una concezione olistica, relativamente estranea alla medicina occidentale a volte affidata al fascino dell'incomprensibile o dell'esotico.

Vale comunque la pena di sottolineare il possibile ruolo della fitoterapia, che può essere d'interesse per alcuni sintomi della malattia, ma che richiede attenzione particolare per le possibili interazioni con i farmaci correntemente utilizzati.

A questo proposito è stata messa in evidenza una significativa azione antiparkinsoniana di principi contenuti in alcune piante, tra le quali *Datura stramonium* e *Mucuna puriens*, quest'ultima già conosciuta nella medicina Ayurvedica, col nome di "atmagupta", come rimedio per una serie di sintomi presenti nei parkinsoniani. Non bisogna dimenticare che la fitoterapia ha fornito, con l'*Atropa belladonna*, la prima terapia sintomatica per la MP.

Da ricordare inoltre come godano di una certa popolarità anche tecniche terapeutiche più o meno antiche e suggestive, che privilegiano la ricerca della consapevolezza del proprio corpo e quindi la capacità di controllo delle funzioni motorie ed emozionali. Così accanto a tecniche ormai consolidate come le terapie di rilassamento - yoga, training autogeno e biofeedback - si sono sviluppati nuovi approcci come la musicoterapica e la biodanza.

Un certo interesse hanno suscitato anche l'agopuntura, specialmente nel corso di sindromi dolorose che talora complicano la malattia ed inoltre applicazioni di tipo bioenergetico come la pranoterapia.

Per la medicina dei viaggi L'ambulatorio funziona a 360°

I fenomeno dei viaggi internazionali è diventato un aspetto importante della società moderna; i dati dell'OMS stimano in oltre 600 milioni il numero di persone che annualmente varcano le frontiere, con un trend in crescita costante.

Circa il 10% si dirige verso paesi con carenti condizioni igienico – sanitarie e quindi a rischio di contrarre malattie infettive.

I dati riferiti all'Italia indicano in oltre 18 milioni gli arrivi di italiani alle frontiere internazionali per scopi professionali, sociali, ricreazionali ed umanitari (vedi tab. 1).

La rapidità dei mezzi di trasporto consente ai viaggiatori di raggiungere paesi molto lontani, con clima, abitudini di vita, condizioni igieniche molto diverse da quelle del paese di origine.

Inoltre sono in aumento nuove forme di turismo: ecologico – naturalista, estremo (escursionismo, alpinismo, subacqueo), avventuroso (verso paesi e/o località non turistiche).

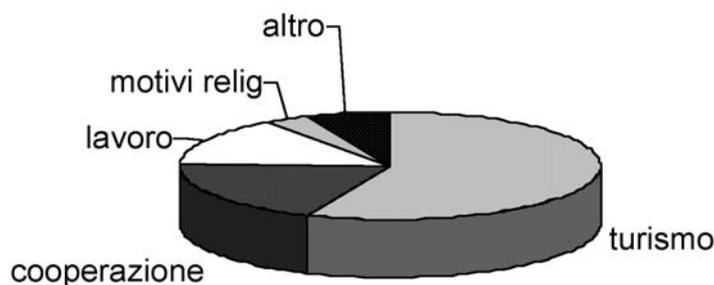
Anche la durata dei viaggi è cambiata; si tende a fare più viaggi brevi rispetto a pochi viaggi di lunga durata, si viaggia in qualsiasi stagione, si decide oggi e si parte domani "Last Minute".

Nel proprio ambiente di vita l'individuo vive in uno stato di equilibrio con ceppi di microrganismi che vivono localmente e con le condizioni di altitudine e di clima della propria regione geografica. Tuttavia si tratta di un equilibrio instabile, che può essere alter-

ato persino nel proprio ambiente dall'arrivo di microrganismi non familiari, da cambiamenti stagionali nel clima e da situazioni stressanti inusuali.

A maggior ragione un viaggio internazionale può alterare questo equilibrio: improvvisa esposizione a significativi cambiamenti nell'altitudine, nell'umidità, nella temperatura, nella flora microbica, esacerbati dallo stress del viaggio (sovraffollamento, attesa prolungata, sconvolgimento delle abitudini alimentari), possono provocare malattie o rendere spiacevole un'esperienza di vita importante.

Un turista su quattro torna a casa con qualche problema di salute: dalla banale "diarrea del viaggiatore", che colpisce dal 30 all'80% dei vacanzieri, a malattie più gravi come malaria o



Tab. 1

epatite A.

Buona parte delle malattie da viaggi costituisce un evento sanitario evitabile con l'adozione di norme comportamentali e l'applicazione di protezioni individuali.

E' comprensibile quindi la necessità che la programmazione del viaggio sia fatta con sufficiente anticipo, almeno 4 – 6 settimane prima, in modo da poter valutare adeguatamente anche gli aspetti sanitari correlati.

Per tale motivo, già da alcuni anni, presso l'U.F. ISPAN di Pisa e Pontedera (come in

altre Az. USL), è stato attivato un ambulatorio di Medicina dei Viaggiatori, al quale è possibile accedere previo appuntamento. L'attività di counseling dell'ambulatorio è quella di:

- Valutare il rischio individuale legato al tipo di viaggio, alla destinazione e al tempo di soggiorno.

- Indicare la profilassi e le vaccinazioni più appropriate, considerando che esistono vaccinazioni obbligatorie, cioè richieste dai paesi per entrare nel loro territorio, e vaccinazioni facoltative o raccomandate. Le prime sono una misura di sanità pubblica adottata da determinati paesi per tutelare lo stato di salute dei loro cittadini, le seconde sono una misura di protezione individuale della salute del viaggiatore.

- Fornire indicazioni sul tipo di profilassi antimalarica specifico per la destinazione del viaggio, sull'opportunità o meno di effettuarla in relazione al periodo di permanenza all'estero (in questa occasione si dà anche una prima indicazione sulla compatibilità del farmaco con lo stato clinico del viaggiatore, sottolineando però l'importanza di parlare con il proprio medico curante per una più attenta valutazione in merito.

- Consigliare come comportarsi, anche a distanza di tempo dal rientro, per eventuali patologie contratte all'estero.

Per rivolgersi all'ambulatorio non è necessaria l'impegnativa del medico curante, ma per le vaccinazioni facoltative dovrà essere effettuato un versamento su conto corrente postale, con importo pari al costo del vaccino per l'Az. USL.

AZIENDA USL N. 5 DI PISA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AMBULATORIO MEDICINA DEI VIAGGIATORI

U. F. ISPAN ZONA PISANA
Direttore Dottoressa Eleonora Virgone
Dal lunedì al venerdì su appuntamento:
Dott.ssa M. Cadoni tel. 050.954.415
Dott.ssa M. C. Verdiani tel. 050.954.438
Segreteria tel. 050.954.422

U. F. ISPAN ZONA VALDERA
Il lunedì ore 9.00 – 11.00 su appuntamento:
Dott.ssa N. Galletti tel. 0587.273.339
Segreteria tel. 0587.273.360-361

U.F. ISPAN ZONA ALTA VAL DI CECINA
Dal lunedì al venerdì su appuntamento:
Dott. E. Grandi tel. 0588.91.827
Segreteria tel. 0588.91.813

Per la sclerosi laterale amiotrofica un centro di assistenza a Cisanello

Presso l'U.O. di Neuroriabilitazione diretta dal Prof. Bruno Rossi nel Presidio Ospedaliero di Cisanello dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana da qualche anno è stato organizzato dal Dott. Paolo Bongioanni un servizio di assistenza multidisciplinare per i malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), quella terribile malattia degenerativa del sistema motoneuronale che ha colpito, tra gli altri, il ben noto Gianluca Signorini (il Grande Capitano), portandolo a morte nel giro di pochi anni dopo aver progressivamente minato le sue capacità motorie e relazionali.

La SLA, appartenente all'insieme variegato delle Malattie del Motoneurone, è purtroppo ancora poco conosciuta dall'opinione pubblica e dai medici di medicina generale: per questo, l'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (AISLA), nata nel 1983 per iniziativa di alcuni neurologi del Centro di Neuroriabilitazione di Veruno (NO) e di alcuni malati e familiari, ha già organizzato corsi di sensibilizzazione ed approfondimento (rivolti appunto anche ai medici di famiglia oltre che ai malati ed i loro caregiver) sul territorio nazionale ed ha in programma di realizzarne anche in Toscana, grazie all'impegno della Sezione di Pisa (attualmente l'unica ad operare a livello regionale). La SLA, la cui eziologia è ancora sconosciuta, viene annoverata tra le malattie rare (DMS n°279 del 18/05/01 pubblicato sul Suppl. ord. della G.U. n°160 del 12/07/01): la sua prevalenza varia da 2-8/100.000 (con un'incidenza annuale intorno all'1-2/100.000); colpisce per lo più gli adulti oltre i 40 aa (50-70 aa) con una lieve preferenza per il sesso maschile.

L'interessamento del sistema moto-

neurale può comportare deficit ingravescenti a carico della motilità degli arti (con difficoltà nei vari movimenti degli arti superiori e/o nella deambulazione), della fonazione ed articolazione delle parole, della masticazione e della deglutizione, nonché della ventilazione.

L'espletamento delle comuni attività della vita quotidiana viene ad essere più o meno rapidamente compromesso, così come le capacità relazionali e le funzioni vitali (respiratoria e nutrizionale).

Oggi, anche se non è ancora disponibile una terapia efficace per la SLA, tuttavia è possibile ovviare almeno in parte al deficit funzionale che la malattia ingenera ed alla sofferenza (non solo fisica) che ne scaturisce per i malati ma anche per i loro caregiver!

Il deficit motorio può essere ridotto mediante l'impiego di ausili ad hoc, e d'altro canto con la fisioterapia si riesce ad ottenere, almeno nelle prime fasi della malattia, un certo compenso funzionale. Alle difficoltà di comunicazione verbale si sopprime dapprima con esercizi logopedici, quindi con l'utilizzo di dispositivi (a bassa o alta tecnologia) per la comunicazione alternativa-aumentativa. Nei primi stadi di malattia si aiutano i pazienti con disturbi ventilatori e/o alimentari con fisioterapia respiratoria ed esercizi per la masticazione e la deglutizione, mentre per le fasi più avanzate sono ormai disponibili efficienti ventilatori meccanici per l'assistenza invasiva o meno e/o procedure chirurgiche come il posizionamento di sonda gastrica attraverso una stomia percutanea realizzata sotto controllo endoscopico (PEG).

L'approccio multidisciplinare integrato

all'assistenza di queste persone consente di rispondere alle loro molteplici esigenze in modo organizzato.

E' di estrema importanza che già dai primi contatti il paziente ed i suoi familiari maturino fiducia nei confronti dell'équipe sanitaria che li aiuterà ad affrontare la malattia, e ciò è possibile soltanto se l'intervento viene impostato in maniera tale che risulti il più possibile aderente alla complessità dei problemi che una così grave condizione patologica comporta.

I pazienti vengono seguiti periodicamente con visite e valutazioni strumentali e di laboratorio: ogni 2 mesi si procede ad una valutazione clinico-strumentale multidisciplinare (neuroriabilitativa, respiratoria, nutrizionale, internistica, psicologica) e si effettuano congiuntamente esami ema-

tochimici accurati (routine e specialistici); ogni 4 mesi si programmano valutazioni elettrofisiologiche quantitative, chinesio-logiche, neuroeoidologiche, foniatico-deglutidologiche; ogni 6 mesi si somministrano questionari sul coping (per studiare l'atteggiamento del paziente e del caregiver nei confronti dell'evoluzione della malattia).

E' stato attivato un servizio telefonico trisettimanale per l'assistenza a distanza, in modo da tenere i contatti con i malati e le loro famiglie che così si sentono meno isolati ed abbandonati: un medico ed uno psicologo, a turno, si prestano a ricevere le telefonate ed a rispondere alle richieste di aiuto.

Polizza sanitaria integrativa Un vantaggio per il nucleo familiare

La nostra Associazione ha svolto, grazie al particolare impegno della past-Presidente Grazia Colizzi, una importante azione di pressione a sostegno della ONAOSI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani) nella vicenda che ne ipotizzava la soppressione della autonomia di gestione. Questa azione di pressione ha contribuito all'esito positivo dell'iter legislativo sul riconoscimento all'ONAOSI dei contributi obbligatori da parte di tutti i Sanitari iscritti agli Ordini.

L'estensione dell'obbligatorietà a tutti gli iscritti agli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri, dei Farmacisti e dei Veterinari garantisce all'ONAOSI sicuri e sufficienti finanziamenti per svolgere la sua attività istituzionale di assistenza agli orfani dei Sanitari e ai Sanitari anziani.

L'AMMI è chiamata ora ad impegnarsi nella realizzazione di una iniziativa promossa dall'ENPAM che è quella di una polizza assicurativa per tutti i Sanitari.

La polizza assicurativa integrativa proposta dall'ENPAM è particolarmente vantaggiosa perché ad un costo contenuto offre un rimborso "di spese sostenute in occasione di ricoveri per interventi chirurgici con un massimale fino a C 700.000,00 per nucleo familiare". Il costo contenuto della polizza sanitaria (C 300,00 a nucleo familiare) è garantito dall'elevato numero dei sottoscrittori e, per questo, è nostro compito stimolare le nostre famiglie ad aderirvi.

D'altronde, è importante per la tranquillità delle nostre famiglie, una copertura sanitaria integrativa quando la malattia colpisce e, purtroppo, colpisce spesso inaspettatamente.

La data del 31 maggio 2004 è la scadenza per sottoscrivere questa polizza assicurativa. Mi auguro che le adesioni saranno molto numerose a vantaggio di tutti.

Tutte le Sezioni dell'AMMI si devono sentire impegnate a sostenere le iniziative degli Ordini del Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri e dell'ENPAM anche se talora travalicano il precipuo scopo statutario. La stretta collaborazione con la classe medica non ci deve far trascurare i principali scopi dello statuto della nostra Associazione quali l'educazione sanitaria e una corretta divulgazione della medicina preventiva.



Associazione Mogli Medici Italiani
SEZIONE DI PISA