

LOBIVON

Associazione Medica

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI
Fondato da Mario Menagale

Le Elezioni Amministrative a Roma

Grande successo dei nostri iscritti

Senza grancasse medianiche o roboanti Associazioni i candidati iscritti a UNAMEF-AMI hanno dimostrato di essere apprezzati soprattutto per la serietà e il prestigio personale

Si sono concluse le elezioni amministrative che, nel Lazio, hanno interessato il Comune e le Circoscrizioni (o Municipi).

E' stato osservato un grande fermento, nella classe medica in quanto molti colleghi hanno scoperto in sé stessi l'interesse per la gestione della "cosa pubblica". Molti sono stati, quindi, i candidati, sia nello schieramento di centro-destra che in quello di centrosinistra. Si sono però osservati due approcci del tutto diversi:

-Un approccio "centralistico": la FIMMG (il maggior sindacato della Medicina Generale) ha costituito un'associazione di livello addirittura nazionale, chiamata "Salute e Democrazia" che si è schierata con una precisa parte politica presentandosi (falsamente) come rappresentativa di tutta la categoria.

-Un approccio "personalistico" (quello scelto da noi) che appoggiava i candidati di entrambi gli schieramenti, garantendo e pubblicizzando gli aspetti della serietà e correttezza personale, in quanto costituiscono garanzia di ben operare da qualunque parte ci si trovi.

Abbiamo esposto chiaramente e a voce alta i motivi della nostra scelta; un comunicato è riportato anche in altra pagina di questo numero. I fatti hanno dimostrato inequivocabilmente una cosa: l'approccio dirigitico, quello che considera

gli elettori simili ad un gregge di pecore pronte ad andare ovunque indichi il pastore, e' fallito.



Malgrado i comunicati roboanti (si sa che in Italia nessuno perde mai le elezioni...) il tentativo si è risolto in un sonante "flop", che oltretutto ha minato la credibilità della categoria intesa come soggetto politicamente pesante.

La lista FIMMG (chiamiamola così per brevità) che vanta a Roma 2500 iscritti, tutti medici di famiglia, con una platea di assistiti e potenziali elettori intorno ai 2 milioni, con un candidato al Comune e sei candidati circoscrizionali, con un'attesa quindi di almeno 25-30mila preferenze, ne ha ottenute al Comune, senza raggiungere il quorum, appena 1500 (nemmeno tutti i propri iscritti !!) e un solo eletto nelle sei circoscrizioni.

Gli elettori, quindi, hanno voluto dimostrare chiaramente di non essere disponibili a mutare le proprie convinzioni politiche dietro suggerimento del proprio medico; hanno dimostrato che dare fiducia ad un sanitario a proposito della propria salute non equivale ad affidare allo stesso il governo dei propri interessi politici.

Il guaio è che ora i politici avranno molti meno timori da parte di una rivolta elettorale della classe medica...

Alcuni nostri "politici"

Antonio Bertolini

E' stato eletto consigliere per il Municipio Roma XI nella lista "L'Ulivo per Veltroni Sindaco.

Luca Bartolomucci

E' stato eletto consigliere per il Municipio II

Gianuario Marotta

Medico di Famiglia, oncologo e geriatra. Candidato al Consiglio Municipale del Municipio Roma XIX nella lista dell'UDC.

E' risultato il secondo della sua lista ed il primo dei non eletti, con ben 650 voti di preferenza.



Alberto D' Ettore

geriatra e medico riabilitatore, candidato al Consiglio Comunale e al XIII Municipio nella lista della Rosa nel Pugno. Pur non risultando eletto ha ottenuto lusinghieri risultati (decimo su 60 candidati al Comune, quinto su 24 al Municipio).



Si puo' derogare dal Piano Terapeutico

Se le condizioni del paziente lo impongono

Il Piano Terapeutico della struttura pubblica non e' tassativo ma puo' consentire delle deroghe. La violazione non costituisce errore gravemente colposo, ma semplice irregolarità amministrativa se giustificabile dalle condizioni cliniche del paziente.

I fatti: veniva convenuta in giudizio presso la Corte dei Conti della Liguria un medico di base convenzionato, a cui veniva contestato di aver effettuato prescrizioni di ossigeno liquido a favore del proprio assistito in eccedenza rispetto ai piani terapeutici formulati dalle competenti strutture sanitarie ospedaliere.

Il medico, a propria difesa, sottolineava diversi problemi tecnici (caratteristiche dei contenitori e della valvole, temperatura ambientale, la fisiologica dispersione del gas ecc.) che interferivano con l'effettivo consumo dell'ossigeno liquido, nonché i problemi clinici legati alle frequenti riacutizzazioni della patologia polmonare, che causavano un maggior consumo rispetto a quanto pianificato.

La Procura riteneva insufficienti tali argomentazioni e, ritenendo il medico colpevole di danno erariale, ne richiedeva il rimborso.

Secondo la Procura, il medico che non osserva le disposizioni stabilite nel P.T. pone in atto un comportamento caratterizzato da errore professionale gravemente colposo, in quanto rientra nella minima diligenza e perizia effettuare prescrizioni farmaceutiche in conformità ad un programma terapeutico contenente indicazioni estremamente precise come quello relativo al caso in esame.

La difesa evidenziava invece, richiamandosi alla giurisprudenza della Corte dei Conti, che le prescrizioni di ossigeno da parte del medico di base, in eccedenza rispetto alle quantità previste nel piano terapeutico, non costituiscono di per sé fonte certa di danno per la finanza pubblica. Tale scostamento diventa dannoso solo se ingiustificato e non corrispondente al fabbisogno del paziente, per cui l'esistenza di un danno va apprezzata con riferimento alle reali necessità dell'assistito.

La Corte accoglieva la tesi difensiva.

La Corte, nell'esame del caso, rilevava infatti che "l'art. 7 del D.M. 1° febbraio 1991 prevede che l'accertamento delle patologie che determinano l'insufficienza respiratoria cronica "deve essere operato esclusivamente nelle strutture universitarie o nelle strutture ospedaliere ed ambulatoriali a gestione diretta o convenzionate obbligatoriamente". Aggiunge poi il menzionato D.M. che "dette strutture provvedono, altresì a fornire alla valutazione dei medici curanti gli indirizzi terapeutici che si riconnettono alla suddette forme morbose... la chiara formulazione letterale dell'art. 7 del D.M. 1° febbraio 1991 sembra riconoscere al medico di base una certa discrezionalità nella prescrizione dei trattamenti di ossigenoterapia, atteso che la norma prevede che gli indirizzi terapeutici elaborati dalle predette strutture siano offerti alla valutazione dei medici curanti".

"In ogni caso, specifica la Corte- quand'anche si volesse accedere alla tesi della Procura... è evidente che il superamento dei limiti autorizzati non comporta necessariamente un danno alla finanza pubblica. Occorre infatti che i quantitativi prescritti siano eccessivi rispetto alle reali necessità terapeutiche del paziente. In caso contrario, la prescrizione del farmaco in misura adeguata alle necessità dell'assistito, ancorché disposta in violazione di autorizzazioni a carattere interno, non comporta danno, bensì mera irregolarità amministrativa. Nel caso di specie la Procura si è limitata a dimostrare il superamento dei quantitativi "autorizzati", ma non ha fornito alcun concreto elemento dal quale si possa desumere l'inutilità o la dannosità del trattamento erogato in eccedenza. In un quadro patologico così compromesso, non è chi

All'Interno, in evidenza:

- **Esami Radiologici troppo numerosi: il rischio di una dose eccessiva per il paziente**
- **L'Osteoporosi di natura iatrogena**
- **Criteri per la diagnosi clinica di scompenso cardiaco**
- **Sicuro l'amalgama dentario al mercurio nei bambini**
- **Malati per forza? Gli eccessi della medicalizzazione**
- **Il medico che non informa il paziente e' direttamente responsabile, anche se esegue una prescrizione altrui**
- **Valutazioni sull'Accordo Collettivo Nazionale 2005**
- **Studenti e tutor: considerazioni su un dialogo tra generazioni**
- **Infortunio in itinere: solo su terreno pubblico**

non veda, al di là del responso dei dati emogasanalitici su cui si è basato il secondo piano terapeutico, la legittimità di un trattamento ossigenoterapico esteso alle 24 ore al giorno, se ciò può essere utile, non fosse altro che per ragioni umanitarie, a lenire la sofferenza di un malato terminale.

D'altra parte, come è stato sopra evidenziato, è la legge stessa che assegna ai piani terapeutici il carattere di indicazioni da fornire "alla valutazione dei medici curanti", riconoscendo a questi ultimi, che operano a diretto contatto con il malato e hanno la visione complessiva delle sue reali condizioni, fisiche, ambientali e psicologiche, quel margine di discrezionalità nella valutazione degli indirizzi terapeutici provenienti dalle competenti strutture sanitarie, che consenta loro di adottare le soluzioni terapeutiche che meglio si adattano alla fattispecie concreta."

In base a tali considerazioni il medico e' stato assolto da ogni addebito.
Daniele Zamperini - Guido Zamperini

ALTA CLOR

NON SCAMBIAMO FISCHI PER FIASCHI

F.Livi

Penso che sia accaduto a molti medici di essere ammalati in modo più o meno grave e di avere usufruito, in varia forma, dell'assistenza, sia "generica" e sia ospedaliera.

Di solito gli interventi sono adeguati e validi, anche quando i quadri patologici si presentano nella loro spietata aggressività. Nel complesso, il livello delle prestazioni è tecnicamente buono, si usa dire "all'altezza", tanto per intenderci non inferiore alle prestazioni di centri medio-alti europei. L'architettura interna di quasi tutti i nuovi ospedali o di quelli di recente ristrutturazione è del tutto priva di originalità, di italian style. E' presa pari pari, anche con le divise del personale, dal mondo anglosassone, che come sappiamo è fondamentalmente funzionale. La scenografia che si nota, all'interno di corsie, di pronti soccorsi, di sale operatorie o di centri di terapia intensiva, sembra ricopiata da alcuni film TV, degli anni novanta, quelli del filone "eroi dell'emergency". A me è capitato che, entrando in una corsia di un grande ospedale, ho riconosciuto la "plancia di comando" del personale infermieristico, quasi identica a quella dell'ospedale canadese dove avevo lavorato negli anni sessanta. L'occhio dell'utente-paziente quindi, è appagato. Se cosciente, anche con le sue tribolazioni, volendo, potrebbe sentirsi parte di una finction ... Anzi, sapete che vi dico? E' così bello morire in uno scenario così hollywoodiano, che quasi, quasi ... ci potremmo prenotare, come per i matrimoni nelle chiese alla moda!

Quanto alla presenza ed all'affabilità del personale (medico e paramedico) le situazioni sono molto variabili... diciamo che nella preponderanza dei casi, sono molto occupati.

Ma allora che cos'è che non va? Forse la maggior parte di voi penserà che va tutto bene così. La cultura corrente vede nell'apparenza coreografica e nella privacy il massimo dell'efficienza. Chi si contenta gode. Eppure alcuni di noi non la vedono proprio in questo modo:

"Il mattino successivo, tre medici, accompagnati dalla caposala Suor Fausta, entrarono nella

stanza. Non mi visitarono quasi, d'altra parte i dati importanti sulla mia storia clinica erano già descritti nella cartella e gli altri elementi che a loro servivano li leggevano dal monitor. Parlavano tra loro con un tono di voce bassa, discutevano delle mie condizioni, ma a loro non pareva importare che io fossi presente. Un invitato di pietra, una statua accanto alla quale ci si ferma a parlare senza degnarla se non di un breve sguardo. Un verdetto che non volevano dire direttamente all'imputato. Erano sicuramente specialisti molto esperti, ma un po' carenti in relazioni umane, nella "vera" assistenza ai pazienti." ("Dall'altra parte" di S. Bertocconi, G.Bonadonna, F. Sartori. Ed. BUR -pag. 150-)

Questo brano, tratto da un libro che tutti dovrebbero leggere (specie i vecchi routinier della politica) mi pare sia abbastanza illuminante di come oggi si fa medicina e di quanto si deludano le aspettative umane dei pazienti. Forse "costa" troppo. I medici devono come prima cosa rispondere, al SSN, sui "costi-benefici".

E qui entriamo nella spinosa materia della nomina politica dei primari. Ma non solo di essi. Sappiamo, per le disposizioni vigenti, che a decidere della nomina dei "manager" e quindi dei vari dirigenti, in quasi tutti i campi, sono i partiti; nella gran maggioranza dei casi l'investitura dipende da politicanti furbi di sette cotte, faccendieri incompetenti, avidi di potere e di prebende, da superburocrati con i tentacoli nei padiglioni, nei corridoi e nei ripostigli del Palazzo. Tutti costoro sono i veri dispensatori di cariche, non solo nel settore sanità. E' ormai una prassi consolidata in quasi tutte le nomine dei posti di "comando" dello Stato, del Parastato ed in qualche caso anche del Privato... Purtroppo quest'andazzo, è un sistema consacrato, una vergogna per un paese civile.

Il "Merito" è un optional, il criterio che prevale, nella gran maggioranza dei casi è quello dell'"appartenenza politica", se il prescelto poi, è anche bravo è meglio non dirlo, perché potrebbe disturbare l'insieme.

Temo che purtroppo non ci sia nulla da fare. E' velleitario opporsi, è inutile battere i pugni sul tavolo. I clan, la cialtroneria politico-sindacale, le clientele, i patti scellerati fra partiti e protetti... contro queste conventicole non c'è nulla da

fare. E sotto varie forme risultano essere storicamente presenti sin dai tempi di Socrate.

E' molto meglio mettersi l'animo in pace, augurarsi d'incontrare professionisti responsabili (ancora ve ne sono molti), ma dal punto di vista intellettuale e meglio rinunciare al giusto "cursus", consideraci in torto, fare autocritica e pensare che forse tutto quello che riteniamo scorretto, potrebbe essere una nostra valutazione errata, un'immagine infedele della società, frutto di un nostro punto di vista pessimistico, un prodotto della nostra cultura non aggiornata, non "al passo"... Potrebbe essere che la richiesta dei pazienti di comportamenti umani da parte degli "operatori sanitari" sia, in effetti, un desiderio insignificante, antiquato, non essenziale.

La vera posizione oggi richiesta al malato è quella di "fare la statua", di non rompere.

La nuova medicina è nata, che il malato non pretenda di stare al centro dell'attenzione, il lato umano è uno spreco di tempo e di energie, per persone immature.

Può darsi che i malati debbano fare questo "salto di qualità intellettuale": quando varcano la soglia di un ospedale non devono sentirsi affidati alle cure di un baronetto o di un valvassino nominato da un capoclan politico o da un ras sindacale. Queste idee di umanità, sono controproducenti e ormai prive di significato. La nuova medicina è tecnica, è fatta di macchine, di programmi che viaggiano su computer dalla memoria sempre più capace e sempre più veloce nei calcoli, nelle analisi, nelle interconnessioni. La furibonda essenzialità è la filosofia del nuovo medico. Egli non può pensare a debolezze umane, non deve consolare, non deve, amare il paziente. A da fare solo il tecnico. Ricordiamoci che i suoi meriti professionali non hanno pesato nella sua scelta.

Auguriamoci che questa sia la strada giusta e fidiamoci di quest'impostazione puramente algebrica della patologia. Un insieme di misure, di teoremi geometrici e matematici, di ingranaggi, di files, di processi logici, al massimo il trionfo di un nuovo stoicismo... Staremo a vedere se tutto ciò reggerà al tempo.

Saremo culturalmente limitati, ma noi riusciamo a scambiare fischi per fiaschi: non crediamo che la tecnologia possa essere scambiata per Medicina.



L'IMPAGABILE OPERA MEDICA

di RICCARDA CHESSA

VORREI ESSERE GRAN LETTERATA
PER TROVARE OGNI SILLABA ADATTA
D'INSIGNE ELOGIO ALLA MEDICA SCIENZA,
LA PIU' GRANDE E DI MASSIMA ESSENZA,
PENSO CHE NEPPURE LA MENTE DI DANTE
POTREBBE, PUR COL SUO GENIO BRILLANTE,
TROVAR PAROLE DI MERITO E ONORE
PER SUGGERIRLE IN UN ALBO D'ORO!
PERCIO' CON MODESTIA E SLANCIO SINCERO,
CERCHERO DI ESPRIMERE IL MIO PENSIERO
PERCHÉ HA SCELTO QUESTA PROFESSIONE
CON AMORE, CON ZELO E PASSIONE.
CHE RITENGO SUBLIME MISSIONE
D'ALTRUISMO UNA TAL DECISIONE
CHE LA MENTE E L'OPERA OFFRE
PER LA POVERA GENTE CHE SOFFRE
TRA LUNGHI STUDI E PROFONDE RICERCHE
SQUARCIATI GIÀ LE OSCURE VIE CIECHE,
CON TENACIA, COSTANZA E PAZIENZA
TOCCANDO L'APICE DI UMANA SCIENZA!
L'OPERA TUA E' ORAMAI PORTENTOSA!
ANZI DIREI QUASI MIRACOLOSA
PER L'ALTO POTERE SUI FASI DANNOSE
DI MALATTIE GRAVI E CONTAGIOSE;
PER I TUOI FARMACI STRABILIANTI
DAI FREGI E MERITI SEMPRE PIU' AMPI,
DISTRUGGENDO OGNI FORMA PIU' INFETTA
E RIDONANDO SALUTE PERFETTA
AL MALATO COL PIE NELLA FOSSA
CON LA PELLE SOLTANTO E... LE OSSA;
O CON PALPITI GIÀ QUASI SPENZI
DI CUORI FRAGILI E SOFFERENTI
MA NON SON VANI I TUOI SACRIFICI,
PERCHÉ DAN GIOIA A TANTI INFELICI,
CHE A DIFFERENZA DEI TEMPI PERDUTI,
LA VITA E' OR PIU' SERENA PER TUTTI
CI HAI IMMUNIZZATI DAI MALI REMOTI
CHE SFIORAVANO APPENA, E MIETEVAN MORTI!
LA VITA E' SEMPRE AL DISSOPRA OGNI COSA
PERCIO' QUEST'OPERA E' SEMPRE PREZIOSA!
PAROLE DEGNE DI TE, MEDICO, IGNOTO,
PERCHÉ ALTRIMENTI LE SCRIVEREI IN... ORO!

*Amabile paziente novantenne
di un Medico di Medicina Generale,
nostro caro amico*

**MESCHINO QUEL MEDICO
CHE CURA UN PAZIENTE
CHE DI PROPOSITO
RIFIUTA DI SEGUIRE
I SUOI CONSIGLI**

Platone

Esami Radiologici troppo numerosi: dose inappropriata al paziente

Ogni anno in Italia vengono eseguite da 36 a 43 milioni di prestazioni radiografiche. In media una per cittadino, bambini esclusi. Al Pronto Soccorso il 35% degli esami avviene con apparecchi radiologici tradizionali (la classica lastra), nel 10%

dei casi entra in azione la TC che produce immagini di elevata qualità (specie i modelli di ultima generazione, multistrato), ma emette alte dosi rispetto alle tecniche convenzionali. Secondo il prof. Lagalla, nel suo dipartimento a Palermo, il 70% dei referti dei medici di Pronto Soccorso è negativo, cioè non evidenzia lesioni: c'è il sospetto che in gran parte si possa parlare di "esami inutili".

Risulta fondamentale ridurre il numero degli esami radiologici "inappropriatamente" richiesti ed eseguiti, evitare che il paziente sia sottoposto, quando non sia realmente necessario, all'esposizione a radiazioni ionizzanti e ridurre di conseguenza le liste d'attesa che hanno subito, negli ultimi anni, un incremento significativo in seguito alla accresciuta offerta di prestazioni di diagnostica per immagini che ha determinato una domanda non sempre del tutto giustificata.

Le "Linee guida per la diagnostica per immagini", sono il frutto dell'elaborazione di un'apposita commissione dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), che ha ottenuto il via libera dalla Società Italiana di Radiologia Medica. Si propongono di fornire ai medici che prescrivono l'esame, ai medici radiologi e di medicina nucleare, "uno strumento formativo" precisando che esse non devono essere considerate alla stregua di regole inflessibili e che, soprattutto, non hanno lo scopo di stabilire uno standard legale di riferimento. Il giudizio finale riguardante l'appropriatezza di qualunque indagine radiologica e medico nucleare spetta comunque allo specialista, che potrà adottare provvedimenti difformi da quanto previsto nelle linee guida, nel caso in cui "siano motivate dalle condizioni del paziente, dalla disponibilità delle risorse tecniche e da eventuali processi nelle conoscenze scientifiche o tecnologiche".

L'esposizione alle radiazioni ionizzanti delle persone può determinare effetti dannosi sulla salute. Gli effetti indotti in seguito ad esposizioni mediche, effettuate nella prevenzione e per la diagnosi di patologie, sono generalmente di natura stocastica (cancro, leucemia, effetti ereditari).

Si tratta di effetti di natura probabilistica, per i quali non è stato dimostrato un valore di soglia al di sotto del quale non si manifestano e, possono manifestarsi anche dopo diverso tempo dall'esposizione. La probabilità di insorgenza di questi effetti aumenta con la dose, mentre la gravità dell'effetto è indipendente dalla dose ricevuta. E' perciò evidente come sia rilevante, per l'individuo e per la popolazione nel suo insieme, limitare tali esposizioni ai casi indispensabili e, ridurre quelle necessarie, al minimo compatibile con la formulazione di una diagnosi.

Gli effetti deterministici derivano dal danneggiamento di un numero consistente di cellule e si manifestano al di sopra di un valore di soglia. Nell'adulto questi effetti corrispondono, a seconda delle dosi: all'eritema, ad ulcerazioni cutanee, a linfopenia, a danni al cristallino. Nel caso di irraggiamento del feto si tratta di effetti letali, malformazioni, anomalie della crescita e dello sviluppo compresi ritardi mentali gravi.

L'impiego delle radiazioni ionizzanti, in medicina, costituisce la fonte principale di esposizione della

popolazione a sorgenti artificiali ed è in continuo aumento in Italia così come in tutti i Paesi con un elevato grado di assistenza sanitaria.

Si è assistito, nel corso degli anni, ad un graduale ammodernamento delle apparecchiature, ad una evoluzione nelle tecniche di indagine e alla diffusione di nuove macchine quali la Tomografia computerizzata (TAC), la Radiologia Interventistica, Tomografia ad emissione di positroni (PET): tutte metodiche che comportano alti valori di dose per le persone esposte.

La Direttiva Euratom 97/43 ha espressamente citato il ruolo del Prescrivente la procedura radiologica e ha raccomandato una rigorosa e costante applicazione del principio di giustificazione. Tale raccomandazione è stata recepita nel D.Lgs.187 del 30 maggio 2000 più comunemente noto come il decreto sulla radioprotezione del paziente.

Si valuta che le probabilità di contrarre leucemia e tumore sia di 5 casi su 100.000 persone esposte ad una dose di un mSv nell'arco della vita. Questo dato va confrontato con la probabilità globale di contrarre un tumore nell'arco dell'intera vita che è di circa 25-30.

Oltre agli effetti che si manifestano direttamente sulla persona esposta a radiazioni, esiste la possibilità di effetti ereditari sulla prole. Si tratta, anche in questo caso, di effetti stocastici, per i quali la probabilità di manifestarsi a livelli gravi nelle generazioni future è calcolata in circa 1 su 100.000 per dose di un mSv ricevuta dal genitore. Per questo motivo durante le indagini radiologiche vengono adottate misure precauzionali per proteggere i testicoli e soprattutto le ovaie.

Quando ci si sottopone ad indagini radiologiche dovrebbe essere ben chiaro che non tutte le indagini comportano gli stessi rischi di una semplice radiografia del torace.

Si riporta, nella tabella, una relazione fra le più comuni indagini radiologiche e a quante indagini radiologiche toraciche esse equivalgono.

Si ha così un'idea concreta di quanto siano pesanti

alcune indagini e come necessariamente debba essere motivata la richiesta per esami radiologici di questo tipo.

Tutto questo si aggrava nel caso di indagini radiologiche a pazienti in età pediatrica e neonatale. In campo radiologico inoltre il bambino non deve essere considerato un "adulto piccolo" perché, rispetto agli adulti, i piccoli sono più sensibili alle radiazioni.

In generale l'irradiazione in età prenatale dovuta all'irraggiamento della madre può determinare nel

Indagine	durante la vita, per singolo esame aggiuntivo di tumore fatale	Rischio	Periodo di esposizione alle radiazioni naturali a che comporta un rischio di pari entità
Torace	1/un milione	3	giorni
Cranio	1/300.000	11	giorni
Anca	1/67.000	7	settimane
Addome	1/30.000	4	mesi
Colonna lombare	1/15.000	7	anni
TAC cranio	1/10.000	1	anno
TAC torace	1/2.500	3,6	anni
TAC addome/pelvi	1/2.000	4,5	anni

nascituro sia effetti stocastici che deterministici. Il tipo e la gravità degli effetti deterministici è in stretta relazione con il periodo di gestazione in cui è avvenuto l'irraggiamento e la dose assorbita.

Nella specie umana il prodotto del concepimento aderisce alla parete uterina 5 o 6 giorni dopo la fecondazione, ma il successivo sviluppo è relativamente lento.

I tessuti extra-embryonari sono i primi a svilupparsi e la formazione della "stria primitiva" comincia solamente dopo 15 giorni dalla fecondazione. L'organogenesi comincia alcuni giorni più tardi e, nel caso della maggior parte degli organi, continua nel mese seguente. Lo sviluppo del proencefalo, però, comincia ancora più tardi, 7-8 settimane dopo la fecondazione.

La perdita di una parte di cellule dei tessuti extra-embryonari non sembrerebbe influenzare lo sviluppo successivo del prodotto del concepimento. Nelle prime quattro settimane a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione, è improbabile che si verifichi l'organogenesi, pertanto tale periodo non è critico per l'induzione di malformazioni nella specie umana.

La possibilità del manifestarsi di effetti stocastici, essenzialmente tumori e leucemie fino all'età di 15 anni, dovuta ad un'esposizione in età prenatale, è pari a circa 2-3 volte quello relativo alla popolazione. Pertanto al fine di proteggere l'eventuale nascituro, la legislazione italiana, nel D.Lgs.187, stabilisce che: "Se la dose è superiore ad un mSv, sulla base della valutazione dosimetrica, lo specialista pone particolare attenzione alla giustificazione, alla necessità o all'urgenza, considerando la possibilità di procrastinare l'indagine o il trattamento. Nel caso in cui l'indagine diagnostica o la terapia non possano essere procrastinate informa la donna o chi per essa dei rischi derivanti all'eventuale nascituro.....".

Interessante è pure il confronto con la radiazione naturale e, nella tabella sottostante, vengono riportati, sempre per una serie di esami comunemente effettuati in Radiologia, il rischio aggiuntivo di insorgenza di una neoplasia durante la vita per singolo esame ed il periodo di esposi-

zione alle radiazioni naturali che comporta un rischio di pari entità.

Indagine Rischio aggiuntivo Periodo di esposizione di tumore fatale alle radiazioni naturali durante la vita, che comporta un rischio per singolo esame di pari entità

Questo implica che per la radiografia del torace si valuta il rischio aggiuntivo di un nuovo tumore su un milione che equivale grossomodo al rischio do-

vuto alla esposizione di tre giorni al fondo naturale di radiazione. Ben più pesante è la situazione per altri tipi di indagini come ben evidenziato nella tabella. Per ridurre i rischi connessi alle esposizioni in campo medico, è necessario valutare con attenzione la necessità di effettuare l'esame diagnostico (GIUSTIFICAZIONE) ed avviare l'indagine in modo da assicurare che, le informazioni prodotte siano ottenute con la dose più bassa possibile compatibilmente con le esigenze diagnostiche (OTTIMIZZAZIONE).

A tale scopo, prima di prescrivere un accertamento diagnostico con radiazioni, è importante valutare:

- che l'esame che si sta richiedendo è utile per il paziente;
- che non sia possibile ottenere informazioni da indagini già effettuate dal paziente;
- che non sia possibile effettuare l'esame tenendo conto dell'efficacia, dei vantaggi e dei rischi di tecniche alternative, che si pongono lo stesso obiettivo, ma non comportano l'esposizione alle radiazioni ionizzanti;
- che la eventuale ripetizione dell'esame, ad esempio nei casi di monitoraggio della evoluzione della malattia, sia compatibile con i tempi di progressione o di risoluzione della stessa, e che quindi le indagini a questo scopo non siano effettuate con frequenza superiore a quella strettamente necessaria.

*Dr. Secondo Magri,
Direttore U.O. di Fisica Sanitaria
"Istituti Ospitalieri" di Cremona*

Bibliografia

- D.Lgs.187/00: Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.
- ICPR 34/82: La protezione del paziente in Radiologia Diagnostica.
- SIRM: La diagnostica per immagini; linee guida nazionali di riferimento (stesura preliminare).
- La scienza della salute (CORRIERE della SERA 16.01.2005): si fanno troppe radiografie

Gia' pubblicato su www.pillole.org

Procedura	Dose efficace (mSv)	A quante radiografie toraciche equivale
INDAGINI DI RADIOLOGIA CONVENZIONALE		
Torace	0,02	1,0
Cranio	0,07	3,5
Bacino	0,7	35,0
Colonna dorsale	0,7	35,0
Addome	1,0	50,0
Colonna lombare	1,3	65,0
Clisma opaco	7,0	350,0
INDAGINI TAC		
Cranio	1,7	85
Colonna cervicale	1,7	85
Colonna dorsale	4,4	220
Colonna lombare	5,1	255
Torace	7,7	385
Addome	7,8	390
Pelvi	8,8	440

**ASSOCIAZIONE
MEDICA**

Topiramato ed emicrania: nuove indicazioni terapeutiche

Sono state estese le indicazioni terapeutiche del Topamax (principio attivo: topiramato) alla profilassi dell'emicrania nei pazienti adulti che non abbiano risposto o siano intolleranti alle altre terapie standard.

Tale estensione terapeutica non interessa tutte le forme farmaceutiche del medicinale ma solo le compresse da 25 e 50 mg, la cui prescrizione, per l'indicazione profilassi dell'emicrania, è comunque soggetta a Piano Terapeutico.

Si rammenta che il piano terapeutico non è richiesto per l'indicazione epilessia.

ATTENZIONE, QUINDI!

E' possibile che l'estensione delle indicazioni dia origine a un'ondata di prescrizioni di topiramato. Per evitare problemi di responsabilità bisogna stare attenti alla patologia: per i pazienti epilettici la prescrizione e' libera, per gli emicranici occorre il Piano Terapeutico.

Daniele Zamperini

ITALCHIMICI

L'Osteoporosi di natura iatrogena

L'osteoporosi è un disordine scheletrico caratterizzato da una resistenza ossea compromessa, che predispone, chi ne è affetto, ad un maggior rischio di frattura. Attualmente distinguiamo un'osteoporosi primaria, che comprende le due forme post-menopausale e senile, ed una secondaria, legata a malattie endocrine, ematologiche, del tessuto connettivo, a immobilizzazione e a farmaci. Numerosi sono i farmaci che giocano un ruolo nella osteoporosi secondaria (eparina, antiestrogeni, anticonvulsivanti, chemioterapici, ecc...) ma quelli che occorre soprattutto considerare, sia per la loro maggiore azione osteopenizzante, sia per il sempre più largo uso, che se ne fa', sono i glicocorticoidi, gli analoghi del Gn RH e gli ormoni tiroidei.

I glicocorticoidi sono ampiamente utilizzati in reumatologia, ematologia, pneumologia, nefrologia, ecc...; non c'è campo specialistico in cui essi non siano impiegati. L'osteoporosi, che segue all'uso cortisonico, deve entrare nella mentalità del medico pratico, come patologia di prima linea; ma perché il loro utilizzo comporta perdita di massa ossea?

Perché da un lato c'è una diminuita formazione di nuovo osso, dall'altro c'è un aumento del riassorbimento scheletrico. Già a 15 giorni dall'inizio del trattamento corticosteroidico, noi troviamo che il CTX (marker di riassorbimento osseo) è aumentato rispetto ai soggetti di controllo, mentre l'osteocalcina (marker di neoformazione ossea) è fortemente ridotta. Questo effetto di decostruzione ossea iatrogenica, indotto tramite i glicocorticoidi, si è anche constatato sin dai primi giorni di terapia. La maggior parte di massa ossea viene perduta nei primi 6-12 mesi e la perdita può, già al sesto mese, essere del 10%. Nel momento in cui interrompiamo la terapia cortisonica, c'è una ripresa della massa ossea, sempre che non siamo giunti a un livello di perdita tale da comportare l'interruzione trabecolare. Le fratture, che possono seguire all'utilizzo di questi farmaci, si verificano soprattutto a livello vertebrale, femorale e del polso. E' utile ricordare che è importante non solo la dose cumulativa di glicocorticoidi, ma anche quella singola giornaliera: già un dosaggio di prednisone inferiore a mg. 2,5 die comporta l'aumento di frattura vertebrale con un rischio di 1,6%, mentre con un dosaggio compreso tra mg. 2,5-7,5 die, la frequenza di frattura sale al 2,8%; questo significa che il danno da corticosteroidi è dose-correlato.

Il rischio di frattura aumenta indipendentemente dalla massa ossea del paziente; ciò è tanto vero che alcune società scientifiche consigliano la terapia con bifosfonati, nell'osteoporosi da cortisone, anche senza fare la BMD. Se, ad esempio, una donna, che utilizzi questi farmaci, è in post-menopausa ed ha già avuto qualche frattura, il rischio di nuove lesioni ossee aumenta di ben 15 volte.

Cosa accade in quei pazienti che assumono i glicocorticoidi per via inalatoria?

Anche se non c'è la certezza, sembra che questi farmaci per uso topico abbiano un minore effetto sulla densità minerale ossea.

In sintesi, i cortisonici predispongono all'osteoporosi attraverso i seguenti meccanismi:

- diminuiscono l'assorbimento intestinale del calcio;
- diminuiscono l'assorbimento renale del calcio, con conseguente ipercalcemia;
- aumentano l'increzione del PTH;
- aumentano l'attività osteoclastica;
- diminuiscono quella osteoblastica, tramite la riduzione di sintesi dell'osteoprotegerina;
- diminuiscono l'increzione di estrogeni e testosterone a livello gonadico e surrenalico.

Nei pazienti, che assumono glicocorticoidi, quali farmaci dobbiamo somministrare per evitare la perdita di massa ossea?

E' evidente che se ci limitiamo a prescrivere il solo calcio, nell'intento di prevenire l'osteoporosi, non raggiungiamo l'effetto desiderato; se però, al calcio associamo la vitamina D, riusciamo in qualche misura a limitare l'effetto osteopenizzante del cortisone.

E' utile associare anche i bifosfonati (alendronato, risedronato) oppure il ranelato di stronzio (Osseor bustine gr.2, una al di). Infine ricordiamo che vi sono cortisonici di sintesi, quali il Deflazacort, che hanno effetti secondari più moderati sull'osso: questo avrebbe un'azione meno potente nell'inibire il riassorbimento osseo: infatti per avere lo stesso effetto demolitivo sull'osso di mg. 5 di prednisone, occorre una quantità doppia di Deflazacort.

Altra osteoporosi secondaria è quella legata all'ipogonadismo: infatti, la terapia da privazione androgenica tramite gli agonisti del Gn RH è oggi

molto più frequente (questi farmaci sono sempre più utilizzati in diverse patologie, quali il carcinoma della prostata, la sterilità, l'endometriosi, il cancro del seno, l'anemia secondaria a fibromi uterini...)

Un concetto da rammentare è che, con l'aumento dell'età, si viene a perdere la pulsilità del GnRH e questo spiega il perché la somministrazione di questi analoghi della gonadorelina conduca ad una cospicua perdita di massa ossea, e quindi all'osteoporosi. La pulsilità dell'increzione del GnRH è fondamentale, perché l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi possa funzionare a dovere, poiché l'esposizione continua alle alte dosi di GnRH conduce all'inibizione incretoria di LH e FSH. E' stato constatato che questi farmaci possono condurre ad una perdita di massa ossea, nei 6 mesi del 6%, nei 12 mesi del 10% e nei 18 mesi del 17% (e noi sappiamo che già il 10% corrisponde ad una perdita abbastanza significativa!).

Vi è uno studio del 2005, sul New England Journal of Medicine, che evidenzia un alto rischio di frattura nei pazienti che fanno uso di agonisti di GnRH; a 5 anni di sopravvivenza dalla diagnosi di carcinoma prostatico, lo stesso studio afferma che tra i soggetti che utilizzano il Goserelin, sono pochi quelli che al contempo fanno terapia per l'osteoporosi. Solo l'8% di questi pazienti esegue la densitometria, solo l'8% riceve supplementi di calcio e vitamina D e solo il 5% fa uso di bifosfonati. Occorre, pertanto, sensibilizzare maggiormente medici e specialisti, che prescrivono questi analoghi, sull'opportunità di abbinare sempre calcio, vitamina D e bifosfonati, se si vuole evitare il frequentissimo effetto collaterale che, inevitabilmente, conduce ad un depauperamento così notevole di massa ossea, da provocare vere e proprie fratture.

Tra i farmaci, che possono portare all'osteoporosi, c'è anche la tiroxina. L'ipertiroidismo è una causa secondaria di osteoporosi: infatti un'eccessiva somministrazione di ormoni tiroidei conduce ad un aumento del turn over osseo, con un accorciamento del tempo di rimodellamento, per cui alla fine si perde osso. Però, ci sono anche molti soggetti che utilizzano la tiroxina ma mancano del suo effetto osteopenizzante: allora ci si chiede, l'impiego di tiroxina, anche a livelli soppressivi, si accompagna sempre a perdita di massa ossea? La risposta ancora non è chiara: alcuni studi dimostrerebbero che l'uso dell'ormone tiroideo, a dosaggi soppressivi, darebbe luogo all'osteoporosi, altri studi ci dicono, invece, che anche l'assunzione di dosi elevate di L-T4 non comporta danni.

Forse, quando somministriamo dosi fortemente soppressive, come ad esempio nel carcinoma tiroideo, ci potrebbe essere una perdita di massa ossea, mentre quando prescriviamo una dose a soppressione parziale, ciò non avviene. Dobbiamo tuttavia rammentare che i pazienti, che fanno terapia con tiroxina, sono persone che hanno altri fattori di rischio; ad esempio, se abbiamo una donna in post-menopausa, questa perderà osso per la carenza di estrogeni, a cui si somma il minimo effetto osteopenizzante della tiroxina. A questo punto ci poniamo la domanda: in una donna, che si trova in pre-menopausa, non in carenza di estrogeni, l'effetto della tiroxina a dosaggi soppressivi, provoca qualche danno?

C'è uno studio del 2004, in cui sembrerebbe che, rispetto ai controlli, le donne che assumono L-T4 a dosaggi soppressivi, per 1 anno, non avrebbero una sostanziale perdita di massa ossea. Ma, se la medesima terapia si attua in post-menopausa, probabilmente si avrà una osteoporosi.

Conclusioni

Come comportarci nella osteoporosi di natura iatrogenica?

Se è possibile, si sospende la terapia in atto o si impiega il dosaggio più basso; se, però, non possiamo né sospendere né diminuire la dose del farmaco, si procederà alla somministrazione di bifosfonati associati a calcio e vitamina D. Ricordiamo, inoltre, di correggere gli errori di stile di vita:

- niente fumo di sigaretta,
- niente alcool,
- molta attività fisica in carico.

Per finire, è bene sapere che oggi abbiamo a disposizione il farmaco Fosavance, che contiene alendronato e vitamina D, di cui si assume una compressa a settimana; inoltre lo studio-bone con ibandronato, durato 3 anni, ha messo in evidenza che già nel primo anno di cura diminuisce sensibilmente il rischio di frattura a livello vertebrale e dell'anca; infine una buona notizia, che certamente favorirà la compliance del paziente, è che l'ibandronato può essere somministrato mensilmente (Bonviva compresse mg.150)

Ilario Maiolo

Criteri per la diagnosi clinica di scompenso cardiaco

Puntualizzazioni da una prestigiosa rivista internazionale

Questo studio si proponeva di valutare quali sono i segni clinici, le indagini strumentali e gli esami di laboratorio più utili per diagnosticare o escludere uno scompenso cardiaco nel paziente con dispnea acuta.

A tal fine è stata effettuata una ricerca in Medline e su vari testi di semeiotica. E' stato possibile selezionare 22 studi di che hanno affrontato il problema di come si possa diagnosticare lo scompenso in questi pazienti.

Di seguito i criteri che, se presenti, aumentano la probabilità di scompenso cardiaco:

- 1) storia precedente di scompenso cardiaco
- 2) anamnesi suggestivi di dispnea parossistica notturna
- 3) presenza di terzo tono all'auscultazione cardiaca
- 4) congestione venosa alla radiografia del torace
- 5) fibrillazione atriale all' elettrocardiogramma

Invece i migliori criteri che permettono di escludere uno scompenso cardiaco sono:

- 1) storia negativa per precedenti episodi di scompenso
- 2) anamnesi negativa per dispnea da sforzo
- 3) assenza di rantoli basali all'auscultazione polmonare
- 4) assenza di cardiomegalia alla radiografia del torace
- 5) assenza di qualsiasi anomalia all'elettrocardiogramma
- 6) peptide natriuretico di tipo B (BNP) < 100 pg/mL

Quest'ultimo criterio è quello più utile ad escludere lo scompenso come causa di dispnea.

Ref: JAMA. 2005 Oct 19; 294:1944-1956.

Commento di Renato Rossi

I dati derivanti da questo studio dicono poco di nuovo, non di meno sono interessanti perché da una parte confermano l'importanza della raccolta attenta dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, dall'altra richiamano l'attenzione su alcuni criteri che, se assenti, permettono di escludere lo scompenso cardiaco come causa di dispnea.

Bastano poche e mirate indagini per orientarsi: elettrocardiogramma, radiografia del torace, dosaggio del BNP. E' possibile effettuare una diagnosi preliminare altamente probabile con semplici criteri clinici, eventualmente integrando con esami strumentali di primo livello. In caso di dubbio un BNP inferiore a 100 pg/mL ha un forte valore diagnostico di esclusione.

www.pillole.org

Sicuro l'amalgama dentario al mercurio nei bambini

L'amalgama usato per le otturazioni dentali contiene per circa il 50% mercurio. Due studi pubblicati contemporaneamente da JAMA hanno valutato gli effetti neurologici dell'amalgama nei bambini. Si tratta di due RCT in cui i bambini (età 6-10 anni) sono stati randomizzati ad amalgama dentario oppure ad otturazioni con resine prive di mercurio.

Il primo studio [1] ha avuto un follow-up di 5 anni ed ha preso in esame sia disturbi di tipo neuropsicologico che eventuali alterazioni della funzionalità renale e non ha trovato differenze tra i due gruppi.

Nel secondo studio [2], che ha avuto un follow-up di 7 anni, sono stati valutati la memoria, la concentrazione, l'attenzione, le funzioni motorie e oculomotorie e la velocità di conduzione nervosa; anche in questo caso non si registrarono differenze tra i bambini sottoposti ad otturazioni con amalgama e quelli con resine.

Ref:

Bellinger DC et al. Neuropsychological and Renal Effects of Dental Amalgam in Children: A Randomized Clinical Trial

JAMA. 2006 Apr 19;295:1775-1783.

DeRouen TA et al. Neurobehavioral Effects of Dental Amalgam in Children: A Randomized Clinical Trial

JAMA. 2006 Apr 19;295:1784-1792

Commento di Renato Rossi

Il mercurio è una neurotossina i cui effetti sono

noti. L'inalazione di vapori di mercurio può provocare depositi del metallo soprattutto a livello cerebrale e renale dando origine ad una serie di disturbi come mancanza di coordinazione, eccitabilità, tremori, disturbi visivi e talora deficit cognitivi, insufficienza renale.

Per anni si è discusso se l'uso dell'amalgama dentale per le otturazioni potesse portare ad intossicazione. I due studi pubblicati da JAMA sono i primi di tipo randomizzato e controllato e sembrano tranquillizzanti. Tuttavia vi sono alcuni punti ancora da chiarire, come fa notare un editorialista. Anzitutto gli studi hanno arruolato pochi pazienti (534 nel primo studio e 507 nel secondo) e potrebbero non avere la potenza necessaria per evidenziare disturbi neuropsicologici poco frequenti. Tenendo conto che nel mondo vengono trattati con amalgama contenente mercurio milioni di bambini, gli effetti negativi potrebbero colpire centinaia di migliaia di piccoli pazienti. Inoltre il follow-up è stato relativamente breve e non si può escludere che eventi avversi da intossicazione cronica di mercurio richiedano tempi molto più lunghi per manifestarsi.

Da notare infine che in tutte e due gli studi la concentrazione urinaria di mercurio era più elevata nei gruppi trattati con amalgama. L'editoriale conclude che è troppo prematuro dichiarare chiuso il dibattito sulla sicurezza dell'amalgama dentale e che studi ulteriori sono i benvenuti. Una conclusione che ci trova del tutto concordi.

MSD

Malati per forza? Gli eccessi della medicalizzazione

Un editoriale del BMJ lancia l'allarme sulla eccessiva medicalizzazione e sulla continua riduzione dei valori di normalità della pressione arteriosa e del colesterolo.

L'editoriale ricorda che già nel 1999 più di 800 medici inviarono una lettera aperta all'Organizzazione Mondiale della Sanità mostrandosi preoccupati per le linee guida emanate appunto dall'OMS che portavano ad un maggior uso di farmaci antipertensivi con incremento della spesa farmaceutica ma benefici clinici probabilmente limitati.

L'editoriale prosegue ricordando uno studio da cui risulta che, applicando le attuali linee guida sull'ipertensione e sull'ipercolesterolemia, all'età di 24 anni circa la metà della popolazione norvegese dovrebbe essere considerata a rischio e all'età di 49 anni questa percentuale sale al 90%. Tenuto conto che l'aspettativa media di vita in Norvegia è di quasi 79 anni, se si dovessero applicare le raccomandazioni delle linee guida la maggioranza degli adulti dovrebbe essere trattata con farmaci per periodi lunghissimi (decenni).

Gli autori dell'editoriale non negano che i farmaci debbano essere usati nei soggetti ad alto rischio, ma richiamano l'attenzione sul fatto che più si abbassano le soglie di normalità più si fanno diventare malati soggetti a rischio basso o medio-basso, con il pericolo di trattare un numero molto elevato di soggetti per avere dei benefici piccoli. In realtà gli studi finora disponibili hanno considerato periodi di trattamento sostanzialmente brevi rispetto a quelli reali che dovrebbero essere di decenni e non sappiamo quali potrebbero essere gli effetti collaterali a livello di popolazione di trattamenti così prolungati. Altri punti considerati dagli autori sono:

- 1) gli effetti collaterali dei farmaci di solito tendono ad essere poco evidenti negli RCT, disegnati soprattutto per mettere in evidenza end-point ben specifici, ma sono aspetti da considerare con attenzione nella pratica quotidiana
- 2) ci sono evidenze limitate sulla efficacia preventiva dei vari farmaci usati contemporaneamente mentre il rischio di interazioni negative è reale
- 3) l'aumento dei costi potrebbe portare

alla crisi di molti sistemi sanitari

Fonte: BMJ 2005 Jun 25; 330:1461-62

Commento di Renato Rossi

Il merito dell'editoriale di Westin e Heath è di puntare i riflettori sulla medicalizzazione esasperata e sulla continua riduzione delle soglie di normalità dei vari parametri biologici (pressione arteriosa, colesterolo, glicemia, ecc).

Del tutto recentemente una rivista rivolta al grande pubblico titolava: "La glicemia giusta deve essere sotto 100".

La conseguenza di tutto questo è evidente: una sempre maggior quantità di persone viene arruolata nella categoria dei malati o dei sani, ma in procinto di ammalarsi. A parte le conseguenze psicologiche del cosiddetto "effetto etichetta" e l'aumento esponenziale della spesa sanitaria, uno degli aspetti da considerare è quale può essere il reale beneficio in termini clinici di questa spinta alla medicalizzazione a tutti i costi. Man mano che si riduce la soglia del rischio oltre la quale prescrivere un trattamento farmacologico aumenta il cosiddetto NNT cioè il numero di persone che è necessario trattare per evitare un evento.

Supponiamo per esempio che un trattamento con statine riduca il rischio cardiovascolare del 25%. Se si trattano soggetti con un rischio cardiovascolare basale del 25% a dieci anni, l'NNT è di circa 7-8, se però si trattano soggetti con un rischio basale del 10% l'NNT sale a 40. Dato che l'effetto della statina è del tipo "tutto o nulla" (un evento cardiovascolare o si evita o non si evita) un NNT di 40 vuol dire trattare inutilmente e per anni 39 persone, esponendole al rischio di effetti collaterali senza avere alcun beneficio. I dati riferiti dal BMJ sono impressionanti: se si seguissero le attuali linee guida circa 7-8 adulti ogni 10 dovrebbero essere considerati a rischio e per essi si dovrebbe prendere in considerazione una terapia farmacologica.

Anche se questa percentuale in Italia deve essere ridimensionata perché è nota che nelle popolazioni mediterranee il rischio è più basso che nelle popolazioni

nord-europee, forse è tempo di ripensamenti.

Commento di Luca Puccetti:

La legge del contrappasso! La deificazione della EBM produce l'effetto paradossale che applicandone pedissequamente i meravigliosi canoni, tutta la popolazione è malata tranne che una piccola coda. Del resto, come già detto più volte, la EBM è stata inventata e sospinta proprio da chi voleva mettere in evidenza vantaggi marginali ed aveva bisogno di un meraviglioso sistema epidemiologico-statistico per trasformare questi vantaggi (o svantaggi) marginali in effetti clinicamente rilevabili e pertanto, secondo un tipico condizionamento mentale, rilevanti. D'altro canto il colonialismo culturale ha trasformato la nostra medicina, storicamente basata sulla pratica clinica della gloriosa tradizione dei Giuseppe Moscati, in una sorta di medicina di massa applicata con la pretesa di portare al singolo i vantaggi visti in una popolazione. La concezione contrattualistica della medicina anglosassone, la spinta delle ditte che devono vendere, l'enorme potere di pochi opinion leaders inseriti nei posti chiave dei centri che fanno opinione, la massificazione dell'informazione, la proliferazione di testate che pubblicano ogni cosa pur di sopravvivere, la dipendenza dalla pubblicità, l'ossessiva cassa di risonanza dei circuiti mediatici che ripetono e rilanciano quello che poche Agenzie fanno sapientemente circolare, il ruolo nefasto dei mass media e delle pseudoinformazioni di massa al pubblico, la lunga teoria di avvocati sfornati dalle nostre povere Università cui non bastano più gli incidenti stradali per vivere hanno determinato tutto questo: trasformare la popolazione dei paesi avanzati, che hanno la più alta aspettativa di vita mondiale in gente malata che non sa di esserlo e si ostina a campare nonostante i gravissimi fattori di rischio cui è esposta.

www.pillole.org

Il medico che non informa il paziente e' direttamente responsabile, anche se esegue una prescrizione altrui

Il medico di struttura pubblica, nell'attuare una terapia prescritta da altro sanitario specialista, deve informare chiaramente ed esaurientemente il paziente dei rischi che corre. In mancanza di corretta informazione, il sanitario e l'Azienda Sanitaria ne rispondono, a prescindere dal corretto svolgimento del trattamento stesso. Nessuna responsabilità, invece, per il professionista che ha prescritto la terapia.

La recente sentenza della Cassazione (III Civ., n. 5444 del 14/3/2006) contiene una serie di spunti molto interessanti. Si trattava di una paziente sottoposta a terapia radiante in quanto affetta da una grave forma tumorale. La terapia radiante costituiva una cura corretta, per tale patologia, tuttavia in quel caso aveva determinato complicazioni che avevano portato al decesso della donna.

La Corte ha ritenuto la sussistenza della responsabilità dei sanitari per il solo fatto che la paziente, a causa del deficit di informazioni sulle implicazioni della terapia di cui si tratta, non era stata messa in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle implicazioni dello stesso.

Per la configurazione di questa responsabilità, e' del tutto indifferente la correttezza (o meno) del trattamento; tale correttezza e' rilevante per l'esclusione di altri tipi di responsabilità (legati al concreto svolgimento della prestazione), ma non per la responsabilità da incompleta informazione.

Viene ribadito, quindi, che la condotta omissiva derivante dalla violazione dell'

obbligo del consenso informato che illustra le prevedibili conseguenze del trattamento cui il paziente venga sottoposto, comporta, qualora tali conseguenze si verificano, una responsabilità professionale del sanitario.

Il consenso informato deve essere chiaro e comprensibile anche a persone mancanti di specifica cultura tecnica, per cui l'informazione fornita circa la possibile insorgenza di "stipsi" non e' idonea ad informare sul rischio di insorgenza di "occlusione intestinale", termini che, nel comune parlare non possono essere considerati sinonimi.

La responsabilità dell'informativa spetta, in particolare, al sanitario che va ad effettuare la prestazione; e' stata esclusa la responsabilità dello specialista che, effettuata la diagnosi, aveva prescritto tale terapia radiante: "L'obbligo del consenso informato" stabilisce la Corte "e' a carico del sanitario che, una volta



Dimenticare l' informativa diventa pericoloso!

richiesto dal paziente dell'esecuzione di un determinato trattamento, decide in piena autonomia secondo la lex artis di accogliere la richiesta e di darvi corso, a nulla rilevando che la richiesta del paziente discenda da una prescrizione di altro sanitario".

E' interessante sottolineare anche che, benché i sanitari operassero in regime libero-professionale (c.d. "intramoenia") la Corte ha ritenuto che la ASL ne dovesse ugualmente rispondere a titolo di responsabilità contrattuale, avendo essa messo a disposizione dei medici le proprie strutture ospedaliere e organizzative. Daniele Zamperini - Guido Zamperini (www.scienzaeprofessione.it)

Il contratto emotivo

Perché tanti lavoratori, soprattutto quelli di mezza età, si sentono tanto attratti dall'idea del pensionamento?

Perché solo importanti incentivi economici riescono a contrastare questa straripante tendenza?

E' probabile che ciò abbia una causa ben precisa: la modificazione di un contratto "in corso d'opera".

Diversi studiosi hanno ipotizzato che ogni persona, quando effettua il suo ingresso in una attività lavorativa, firmi DUE contratti: il contratto lavorativo vero e proprio (cartaceo) e un "contratto emotivo", interiore, che dice più o meno "io, nel lavoro, farò questa e quest'altra cosa e ne riceverò questo compenso, economico e morale".

Quando il contratto "cartaceo" viene modificato troppo radicalmente, esso viene a non coincidere più col contratto "emotivo" stipulato all'inizio, e l'inter-

sato viene a trovarsi in una situazione di profondo disagio, fuori posto, frustrato. Di qui l'insofferenza, la voglia di fuga, l'instaurarsi di meccanismi perversi negli anziani; i giovani spesso non comprendono questi atteggiamenti perché il loro contratto emotivo e' invece più recente e quindi più aderente alle situazioni vigenti.

Per evitare questi contraccolpi emotivi, bisognerebbe che i cambiamenti siano progressivi (non improvvisi), mediati e condivisi, in modo da permettere una riformulazione e un riadattamento del contratto emotivo più aderente al momento vigente.

Tale situazione viene vissuta in modo particolarmente intenso da alcune categorie professionali che hanno visto il loro ruolo sociale fortemente mutato e spesso penalizzato, come e' avvenuto per la categoria medica.

Per fare un esempio attinente appunto a tale categoria, si può risalire agli anni

'70, allorché si diede applicazione alla Riforma Sanitaria che ridisegnava tutto il ruolo della Sanità Pubblica e dei suoi componenti, con una totale rivoluzione



della situazione: massimale di assistiti, passaggio dalla notula alla quota capitaria, e così via.

Eppure non vi furono eccessivi dissensi

perché la situazione era abbastanza deteriorata, la quota capitaria era già vigente in gran parte dell'Italia, il cambiamento era stato lungamente preparato a livello sindacale e politico, la transizione venne calibrata con un beneficio economico e organizzativo (guardia medica, con possibilità di riposo settimanale) ecc.

I cambiamenti intervenuti in questi ultimi anni e ancora in continua evoluzione, invece, sono stati eccessivamente rapidi, non mediati a livello delle componenti di base ma quasi imposti dall'alto, vissuti come interessi personali di questa o quella minoranza, come obblighi sgraditi e non liberamente scelti, come totale rivoluzione del contratto emotivo stipulato all'inizio: "io farò il medico di famiglia per curare la gente, instaurando un rapporto di confidenza e fiducia, ricevendo gratitudine e riconoscimento morale e sociale, e un buon compenso economico".

Ora il fatto di doversi associare più o meno per forza, di sentirsi intercambiabili, di avvertire il cedimento di quel rapporto medico-paziente, di sentirsi economicamente e legalmente "fragili" ha rotto la corrispondenza tra i due contratti. Di qui la frustrazione di molti anziani; di qui la spaccatura interna della categoria, perché una parte (i più giovani) non capisce i motivi dello scontento e si adegua a ciò che appare una situazione normalissima.

E' la conseguenza di una situazione generale, e non prerogativa della classe medica; le categorie dei "care givers" però, in quanto più impegnate emotivamente nel rapporto con i pazienti-utenti, sono maggiormente soggetti alla frustrazione e alla sofferenza derivanti dal logoramento e dalla rivalutazione di questo rapporto. Guido Zamperini

MONOBIOS

“Una ricerca sperimentale
Abbastanza lunga tenderà a
confermare qualsiasi teoria”

Legge di Murphy sulla ricerca, di Arthur Block

AVVISI SINDACALI

A cura di Cristina Patrizi

UNAMEF

Unione Nazionale Medici di famiglia e del territorio

COMUNICATO STAMPA

NO ai MEDICI con la tessera di partito!

L'UNAMEF, Unione Nazionale Medici di famiglia e del territorio, protesta vibratamente contro la strumentalizzazione politica messa in atto dal "Movimento Salute e Democrazia" e disapprova i proclami di chiaro stampo elettorale e di propaganda nei quali, parlando a nome della intera categoria dei medici di base, si sbandierano non meglio precisati progetti di "integrazione socio-sanitaria".

Si rammenta ai rappresentanti delle Istituzioni Pubbliche (Sindaco, Provincia Regione) che la difficile congiuntura economica in cui versa la Sanità Italiana e Regionale richiede serietà, concretezza, concertazione tra le parti e rispetto dei reciproci ruoli istituzionali e delle dinamiche di rappresentatività sindacale, espressione queste ultime, del pluralismo e della vera democrazia.

Gli accordi e i "patti" si propongono nelle sedi di competenza e con interlocutori rappresentativi della intera categoria.

UNAMEF si oppone al tentativo di dividere la Nostra categoria, quella della Medicina Generale, così intimamente legata al contesto sociale del territorio, in due Fronti:

I MEDICI DEL CENTRO SINISTRA e I MEDICI DEL CENTRO DESTRA!

UNAMEF sottolinea l'incongruenza tra la decisione di schierarsi dichiaratamente a favore di una parte politica e la rappresentanza della categoria ai massimi livelli, propria della carica di Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma.

UNAMEF ricorda infatti che analoghe cariche istituzionali della categoria come quella di **Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi**, optarono per l'**abbandono degli incarichi politici** (anche parlamentari), per non dare adito a critiche su parzialità e/o faziosità, dovendo rappresentare l'intera categoria.

UNAMEF invita ad una maggiore serenità istituzionale e ad una più attenta sensibilità ai reali, seri e stringenti problemi che affliggono la categoria della Medicina Generale, problemi che certamente non traggono vantaggio né soluzioni dalla enunciazione di proclami elettorali bensì dalla attenta elaborazione di programmi di incentivazione e promozione della categoria e delle professionalità.

Il Segretario Regionale Unamef
Dr.ssa Cristina Patrizi

Il Segretario Provinciale Unamef
Dr. Daniele Zamperini

VALUTAZIONI SULL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 2005

La Questione:

Il comma 3 dell'articolo 35 recita:

“Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 12, deve -omissis- richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro comune; ... -omissis-”

Il comma 12 dell'articolo 35 recita:

“Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, -omissis- purchè tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione della assistenza”.

Ebbene questi due comma, ad una attenta valutazione creano una discriminazione di trattamento nella figura del medico di mmg.

Considerazioni

Difatti il comma 3, nel riferirsi in particolare al medico che accede al rapporto convenzionale, (Comma 2), consente a questi di mantenere la sua residenza di provenienza ponendo come condizione -“omissis-... a pena di decadenza... omissis”- quella di “...richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro comune...” senza porre limiti o indicazioni di collocazione geografica alla sua residenza. Rimanda, quindi, al comma 12 “... fatto salvo quanto previsto al comma 12...” , ma di fatto in questi non si legge alcuna altra condizione vincolante il perfezionamento della residenza.

Quindi il medico che accede per la prima volta al rapporto convenzionale, può mantenere la sua residenza in qualunque città, anche non territorialmente contigua all'ambito della zona in cui svolgerà l'incarico, deve, però, almeno eleggere il domicilio e non gli verrà mai chiesto di “perfezionare” da sua posizione, ai fini della residenza.

Per contro la lettura del comma 12 fa riflettere quando dice: “...- omissis - nel corso del rapporto convenzionale... omissis...” il medico “... - omissis- può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità ... omissis”.

Quindi il medico che si trovi in un rapporto convenzionale non può trasferire la sua residenza o il suo domicilio senza l'autorizzazione della azienda, non solo, ma la residenza o il domicilio devono trovarsi in un ambito di contigua territorialità.

Di fatto siamo di fronte ad una seria discriminazione della stessa figura professionale nell'ambito della stessa Azienda.

Valutazioni:

Ci si trova, evidentemente, di fronte ad un pasticcio contrattuale. Probabilmente nato per agevolare l'inserimento di medici residenti fuori ambito territoriale, alla assistenza primaria in zone carenti.

Cosa si voleva fare? Certamente non creare discriminazione di trattamento nell'ambito della stessa figura professionale.

Si voleva forse eliminare l'obbligo della residenza (abolendo così, indirettamente, quanto sancito dall'art. 21 comma 10 del precedente Accordo Collettivo)? Bastava allora che il comma 12 stesso fosse stato così scritto:

Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il medico può trasferire, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, - omissis - purchè tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione della assistenza eliminando dal suo contesto gli incisi: “...può essere autorizzato dalla Azienda... - omissis-... per gravi ed obiettivi motivi ...- omissis - ... in un ambito territoriale di contiguità...- omissis...”

Se viceversa si voleva favorire il medico, residente fuori ambito territoriale, nell'inserimento dell'assistenza primaria, sarebbe stato necessario vincolare, ove mai questi avesse optato per il domicilio, il perfezionamento della residenza (semmai vincolandola ad una data) quale condizione per il mantenimento dell'incarico. Allora sì che l'inciso contenuto nel comma 3 “fatto salvo quanto previsto al comma 12” avrebbe avuto un senso, così come lo stesso comma 12 nella sua interezza. Sarebbe stato più che evidente, allora, la volontà della parti firmatarie di confermare l'obbligo della residenza del medico nell'ambito territoriale ristretto ove svolge l'incarico, così come era sancito nell'art. 21 comma 3 del precedente Accordo Collettivo.

Ad ogni modo il problema esiste dato che si è posto, di fatto, il verificarsi di una condizione discriminante nella ASL NA 5 - Regione Campania - nel momento in cui in una nota congiunta, a firma sia del Responsabile del Settore Medicina di Base e Pediatria che del Direttore Responsabile AA.GG., è stato esplicitamente sancito che il Comma 3 si applica al medico che accede al rapporto convenzionale, mentre il Comma 12 vige per coloro che già esercitano l'assistenza primaria.

Ci si domanda quindi perché un medico, che già esercita assistenza primaria, per trasferire la sua residenza o il domicilio in altro comune, anche non contiguo, deve essere autorizzato, addurre gravi e obiettivi motivi e deve rispettare una condizione di territorialità, mentre ciò non si applicherà al quel medico che, una volta acceso il rapporto di lavoro, avrà la facoltà di mantenere la sua residenza, senza vincoli di contiguità territoriale, senza autorizzazioni e motivazioni gravi ed obiettive.

Ancora, più assurdo è il fatto che ai sensi del Comma 12 il medico dovrebbe chiedere l'autorizzazione anche per la variazione del suo domicilio.

Inoltre si potrebbe verificare l'ipotesi che il medico neo inserito, mantenga la residenza fuori ambito territoriale, elegga inizialmente il domicilio in sede e poi, successivamente, per gravi ed obiettivi motivi possa essere autorizzato a spostarlo in altra sede, non mantenendo, quindi né il domicilio né la residenza nella sede di lavoro.

Situazione discriminante nei confronti della stessa figura professionale già operante nel territorio.

Dott. Francesco Arcari

francesco.arcari@fastwebnet.it

Il Medico in Ambulatorio

Qual è l'iter diagnostico nei casi di secrezione dal capezzolo/galattorrea?

La secrezione dal capezzolo, sia nell'uomo che nella donna, va sempre indagata con particolare cura per escludere patologie mammarie oppure malattie endocrine o sistemiche



Una secrezione monolaterale impone l'esclusione di una patologia mammaria. Tuttavia una secrezione dal capezzolo non è necessariamente patologica, anche in donne in postmenopausa però uno studio mammografico-ecografico e la galattografia si impongono per escludere una neoplasia maligna. Le cause più frequenti di patologia mammaria che causano secrezione dal capezzolo sono il papilloma duttale, l'ectasia duttale, mentre più infrequenti sono il carcinoma intraduttale, l'iperplasia dell'epitelio duttale e il galattocele. Un esame obiettivo mammario può permettere di palpare un nodulo ma se è negativo non esclude ovviamente la presenza di una neoplasia di piccole dimensioni. Nel caso di secrezione purulenta è utile richiedere un tampone per coltura perché potrebbe trattarsi di ascesso mammario o areolare. Se la secrezione mammaria è striata di sangue si deve richiedere urgentemente un esame senologico completo di indagini strumentali.

Se la secrezione è bilaterale ed ha i caratteri lattescenti della galattorrea si deve escludere una causa di tipo endocrinologico.

Prima però conviene indagare su un eventuale stato di gravidanza ed eventualmente richiedere un gravin-test perché la paziente potrebbe non riferire spontaneamente la sua condizione. E' anche necessario escludere con una buona anamnesi una galattorrea/iperprolattinemia da farmaci. Molti sono i farmaci che possono provocare galattorrea, tra questi le fenotiazine, gli antidepressivi triciclici, l'aloiperidolo, la metoclopramide, la sulpiride, l'alfametildopa, i calcioantagonisti, contraccettivi orali. Valutare anche se non vi sia assunzione di prodotti fitoterapici contenenti estrogeni.

Inizialmente vanno considerati i tumori ipofisari secernenti prolattina, più spesso di piccole dimensioni (microprolattinomi) ma talora di dimensioni superiori al centimetro (macroprolattinomi). Il primo esame da richiedere è il dosaggio della prolattina in condizioni basali. L'iperprolattinemia deve essere confermata in almeno due occasioni, con paziente a digiuno e senza che vi sia stata una precedente stimolazione mammaria. Un valore > 200 mcg/L è praticamente diagnostico di prolattinoma.

In caso di iperprolattinemia confermata si deve richiedere una TAC oppure una RMN della sella turcica.

Caude infrequenti di galattorrea sono lesioni ipotalamiche come il craniofaringioma, tumori ipotalamici primitivi, istiocitosi, sarcoidosi, tubercolosi, sindrome della sella vuota. Lesioni traumatiche della zona ipotalamo-ipofisi.

Vi sono inoltre altre condizioni patologiche che possono provocare iperprolattinemia/galattorrea: l'acromegalia, l'ipotiroidismo e molto più raramente la tireotossicosi, l'insufficienza renale cronica (una iperprolattinemia può essere presente nel 30% dei casi di insufficienza renale ma la galattorrea è rara), le epatopatie.

Anche una prolungata e intensa stimolazione dei capezzoli può indurre galattorrea

(autostimolazione, stimolazione durante l'attività sessuale). Una eccessiva stimolazione neurogena dei nervi della parete toracica potrebbe in alcuni casi provocare iperprolattinemia/galattorrea (herpes zoster, cicatrici, traumi)

Infine una produzione ectopica di prolattina con conseguente galattorrea può aversi in alcuni tumori come per esempio l'ipernefroma e il carcinoma broncogeno.

In alcuni casi non si riesce a mettere in evidenza alcuna causa. La diagnosi di galattorrea idiopatica è però una diagnosi di esclusione. Si ritiene possa essere dovuta ad una eccessiva sensibilità del tessuto mammario ai livelli normali di prolattinemia.

Renato Rossi

Bibliografia

Leung AKC et al. Diagnosis and Management of Galactorrhea. Am Fam Physician 2004;70:543-50,553-4

www.pillole.org

VALPRESSION 160

LA PAGINA SINDACALE

A cura di Cristina Patrizi

(Continua dai numeri precedenti) ACCORDO REGIONALE

... La distribuzione dei ricettari presso gli studi medici o presso le ASL deve avvenire con modalità che tengano conto della congruità dell'orario di distribuzione e del numero di ricettari concordato col singolo medico, sulla base del fabbisogno stimato in relazione all'attività professionale e comunque in quantità tale da coprire almeno due mesi di attività prescrittiva.

• Le prescrizioni di specialisti ambulatoriali, ospedalieri e comunque esercenti l'attività professionale nell'ambito del Servizio sanitario regionale, debbono essere emesse secondo le normative vigenti - con particolare riferimento, per la prescrizione dei farmaci, al rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche legate all'AIC - debbono riportare la data di emissione, i dati del medico prescrittore e quanto altro previsto. Non è consentito ricorrere al ricettario regionale per prescrivere ed acquisire medicinali in farmacie aperte al pubblico da utilizzare successivamente in strutture nosocomiali o in Hospice, come previsto dalla DGR n.315 dell'11.4.2003.

ART. 23 a - PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO

Si ribadisce che, come indicato all'art. 51, comma 6, dell'ACN vigente, gli assistiti possono accedere alle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, per le seguenti specialità: odontoiatria; ostetricia e ginecologia; pediatria; psichiatria; oculistica limitatamente alle prestazioni optometriche; attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

ART. 23 b - CERTIFICAZIONI SCOLASTICHE E SPORTIVE

Sono gratuite le seguenti certificazioni:
la certificazione di idoneità ad attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28-2-1983 art. 1 lettera a) e c) a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente come da normativa vigente.
le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori.

Tutte le altre certificazioni scolastiche e sportive sono da ritenersi a pagamento in regime libero-professionale. Le parti concordano sulla necessità di informare congiuntamente le autorità scolastiche competenti su quanto previsto al fine di evitare spiacevoli incomprensioni con gli assistiti e con la dirigenza scolastica periferica. Si dà mandato al Comitato Regionale di informare le autorità competenti.

ART. 23 c -
ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA DIAGNOSTICA

E' compito del medico prescrittore riportare nella ricetta proposta unicamente l'attestazione del possesso dei requisiti di invalidità (di guerra, civile, del lavoro ecc.), di esenzione per patologia o malattia rara, ma non è compito dello stesso riportare la presenza di requisiti economici limitandosi a barrare la lettera N del nuovo ricettario Vedasi art. 50 legge finanziaria 2003, disciplinare tecnico della agenzia delle entrate sulla nuova ricetta, circolari regione Lazio

(n°9072 del 25/03/2005, 9510 del 22/03/2005, prot n°144/S/P del 22/07/2005).
Le prestazioni di diagnosi precoce D02, D03 e D04 saranno prescritte secondo il disciplinare tecnico, lasciando al cittadino, attraverso la firma, l'attestazione del diritto all'esenzione.

ART. 24 SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'ANZIANO

La Regione e i MMG concordano sulla necessità di orientare uno specifico impegno nella tutela della popolazione anziana, con particolare riferimento agli ultrasessantacinquenni, in quanto soggetti a maggior rischio di fragilità. Si concorda pertanto di avviare un'indagine volta a caratterizzare lo stato di salute e i bisogni sociosanitari della popolazione anziana ultrasessantacinquenne della Regione, attraverso un suo campione rappresentativo.

Le parti concordano che, entro 3 mesi dalla pubblicazione del presente Accordo, verrà predisposto un Protocollo di studio sulla cui base i MMG sottoporanno a Valutazione multidimensionale (VMD) una quota prefissata di assistiti ultrasessantacinquenni. Lo strumento di VMD da utilizzare dovrà rispondere alle seguenti caratteristiche: completezza nel valutare le diverse dimensioni di interesse (salute fisica, salute mentale, stato funzionale, condizione socio-economica); validazione scientifica; previsione di livelli di punteggio differenziati per necessità assistenziali; maneggevolezza e agilità nella compilazione; capacità di orientare gli interventi; capacità predittiva rispetto alla prevedibile evoluzione, negli anni successivi, delle condizioni del soggetto.

La scelta dello strumento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla stipula del presente Accordo, ad opera di un Gruppo di lavoro tecnico, nominato dall'Assessore e composto da un rappresentante per ciascuna delle OO.SS. firmatarie del presente Accordo, un rappresentante dell'Assessorato alla sanità e due esperti rappresentanti dell'ASP. Lo stesso Gruppo di lavoro definirà i tempi dello studio di popolazione e le modalità di trasmissione, a fini epidemiologici e remunerativi, degli esiti delle valutazioni effettuate; la proposta messa a punto dal Gruppo di lavoro dovrà essere approvata dal Comitato regionale.

A ciascun medico che parteciperà allo studio nei termini concordati verrà corrisposta la somma di € 40,00 per valutazione, fino ad un massimo di venti valutazioni. Il finanziamento relativo verrà recuperato dal fondo ad hoc stanziato e non erogato dalla delibera 1156 / 2005.

ART. 25 ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA ED INTEGRATA

La Regione Lazio si impegna a predisporre un apposito programma con il coinvolgimento di tutte le parti interessate per promuovere e qualificare l'assistenza domiciliare. Nelle more dell'attivazione di tale programma per quanto riguarda l'assistenza domiciliare programmate ed integrata, si rinvia a quanto normato dall'ACN ex art.53, ed in particolare agli allegati G) ed H).

Nell'ambito del suddetto programma sarà rivalutata anche la remunerazione dell'accesso.

In base all' Art.59 parte C comma 2 dell'Accordo Nazionale si prevede la deroga a superare il 20% fino a un massimo del 40% dei compensi mensili per quanto riguarda le prestazioni di assistenza programmata di cui all'allegato G per i medici che non superano le 500 scelte.

ART. 26 ASSISTENZA AI SOGGETTI DEBOLI

Le Aziende possono avviare, in via sperimentale ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, secondo modalità individuate in sede di Accordo aziendale, progetti finalizzati all'assistenza dei soggetti deboli, come, ad esempio, persone con disagio psichico, persone diversamente abili, persone affette da dipendenze, persone in condizione di marginalità, compresi gli immigrati.

ART. 27 ASSISTENZA OSPITI DI STRUTTURE PROTETTE

Nelle more di una definizione di un apposito programma per la disciplina per l'assistenza nelle RSA che veda coinvolte tutte le parti interessate rimane in vigore il precedente accordo, ad esclusione della remunerazione che provvisoriamente con il presente documento viene rivalutata in euro 60,00 mensili, onnicomprensivi.

ART. 28 RICONOSCIMENTO DELLE DIVERSE FORME ASSOCIATIVE ED INDENNITÀ

Le parti concordano di non accogliere ulteriori domande di costituzione di forma associativa medicina in associazione. Per quanto riguarda la medicina in rete, si concorda di fissare il tetto nella percentuale massima del 20%, mentre per quanto riguarda la medicina di gruppo, si stabilisce di fissare il tetto massimo nella misura del 40%.

Per quanto riguarda l'indennità di collaboratore di studio si concorda di fare riferimento alla percentuale del 55% prevista dalla DGR n.1156/02.

Limitatamente, infine, all'infermiere professionale, le parti concordano di fissare il tetto nella percentuale massima del 3%.

Tali percentuali potranno essere rinegoziate annualmente, così come è prevista, periodicamente, la possibilità di compensazione fra le diverse forme associative, da concordarsi in sede di Comitato Regionale.

Per quanto attiene ai requisiti delle forme associative, si rinvia a quanto previsto, a tale titolo, dall'ACN, in particolare all'art.54.

Sono consentite forme associative miste proposte dai medici interessati e definite ed autorizzate dall'Azienda, previo parere del Comitato aziendale, entro i tetti di spesa.

Requisiti per le forme associative miste: i medici che aderiscono ad una forma associativa mista si associano, all'interno di essa, secondo i requisiti previsti dalle varie forme associative nell'ACN.

Ciascuna tipologia di forma associativa è riconosciuta dal mese successivo alla presentazione della richiesta, se rispondente ai requisiti stabiliti.

Le Aziende, entro il termine di giorni 30 dalla presentazione dell'istanza delle indennità aggiuntive suddette, dovranno verificare la rispondenza dei requisiti, secondo quanto disciplinato dall'ACN. Eventuali contestazioni dovranno essere formulate in forma scritta, entro il suddetto termine.

L'adesione alle forme associative è vincolante per un periodo di almeno 6 mesi.

Si prevede l'introduzione di un codice unico identificativo, inizialmente, per le medicine di gruppo.

ART. 28.1 LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE DI FORME ASSOCIATIVE PIU' COMPLESSE: EQUIPES TERRITORIALI E UTAP

L'équipe territoriale è disciplinata espressamente dall'art. 26 dell'A.C.N., per il completamento della disciplina di cui all'art. 26 dell'A.C.N. si rinvia agli Accordi aziendali da sottoscrivere con le OO.SS. di categoria.

Relativamente alle UTAP, si rinvia a quanto previsto dall'atto n. 2074 del 29/07/2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il cui allegato 2 riporta lo schema di riferimento per la costituzione dell'UTAP, nonché i requisiti specifici per l'organizzazione delle stesse.

ART. 29 SISTEMA INFORMATIVO

La Regione Lazio si impegna a integrare armonicamente la Medicina Generale all'interno dello sviluppo del Sistema Informativo Sanitario Regionale, attraverso una progettualità condivisa.

Tale integrazione deve perseguire contemporaneamente l'individuazione delle informazioni da rendere disponibili per il MMG, in quanto di rilevante interesse per un'adeguata gestione dei propri pazienti, e l'individuazione delle informazioni relative alle cure primarie che il MMG metterà a disposizione del Sistema sanitario regionale, nell'ottica di una maggiore qualificazione dell'assistenza.

Le informazioni di interesse, la loro disponibilità all'interno dei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, i dettagli e le specificità della gestione dei dati ed i servizi da offrire ai MMG, saranno definiti dalla Regione, con il supporto della Soc. Laziomatica S.p.A., dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, ed il contributo di rappresentanti dell'Ordine dei medici e del Comitato regionale ex art. 24 dell'ACN vigente.

A tal fine saranno individuati idonei meccanismi di proposta, valutazione e concertazione anche economica.

MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 30 MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI Ex art. 75 - ACN

1. Ai medici titolari d'incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti d'orario fino ad un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.
2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.
3. E' fatto divieto al medico con incarico a tempo indeterminato di Medicina dei Servizi Territoriali superiore alle 24 ore settimanali, che sia contemporaneamente incaricato a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria o per la Pediatria di libera scelta, di detenere un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 600 o 320 scelte. Quora non si verificano, il medico potrà liberamente optare per la riduzione delle ore settimanali o per la riduzione del numero di scelte dei pazienti, entro 24 mesi.

Le diverse situazioni già esistenti all'entrata in vigore del presente accordo restano immutate.

4. L'incarico a 38 ore comporta l'esclusività del rapporto, fatta salva la libera professione.

5. Per il Medico già titolare d'incarico di Medicina dei Servizi Territoriali, che volesse apportare variazioni al proprio orario, la riduzione non dovrà comportare un orario di servizio inferiore alle 12 ore settimanali, e l'aumento

(Continua a pagina 8)

Si ripropone la scheda di iscrizione all'Associazione Medica Italiana

L'A.M.I. dopo aver unificato in U.Na.Me.F. l'attività sindacale degli iscritti che sono a rapporto di lavoro subordinato (per es. Dirigenza Medica), o para subordinato (per es. Medicina del Territorio), rivendica il proprio ruolo autonomo di espressione di cultura medica intesa nell'occupazione più ampia del termine. Cultura e capacità di osservazione e critica autonoma della realtà in cui opera oggi il medico, quale che sia la sua qualifica. L'iscrizione all'AMI è la partecipazione attiva alle sue iniziative ed alla redazione del Giornale è un atto di grande sensibilità professionale.

CEFOTOXIMA CT

Scheda di iscrizione AMI

(Continua da pagina 7)

non potrà comportare un orario di servizio superiore alle 24 ore, qualora lo stesso sia anche titolare di altro rapporto convenzionale.

ART. 31

INCARICHI A TEMPO DETERMINATO

In casi di vacanza di ore, l'azienda può conferire incarichi a tempo determinato con turni settimanali da un minimo di 12 ore ad un massimo di 24 ore.

Il conferimento di incarico di cui al comma precedente avverrà secondo l'ordine delle seguenti priorità:

- medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 600, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- medici convenzionati per la continuità assistenziale (nei limiti della compatibilità oraria);
- medici della medicina dei servizi con incarico a tempo indeterminato fino a 24 ore con priorità per chi ha un minor numero di ore;
- medici inseriti nella graduatoria di settore, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale dell'azienda, tenuto conto delle compatibilità previste dall'ACN.

L'incarico può essere conferito dalla stessa Azienda per periodo non superiore a mesi 6.

ART. 32

COMPITI E DOVERI DEL MEDICO - LIBERA PROFESSIONE

Ex art. 78 - ACN

Il medico titolare d'incarico a tempo indeterminato deve:

a. attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali; osservare l'orario di attività indicato nella lettera d'incarico a tempo indeterminato.

A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze del medico inadempiente, previa rilevazione contabile delle ore di lavoro non effettuate.

Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente Capo potranno essere contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 30 del presente Accordo.

Il mancato invio dell'Allegato L o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di applicazione al medico del procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 30.

Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività.

Qualora il medico venga chiamato a svolgere le sue mansioni al di fuori della sede dell'ufficio al quale è stato assegnato, avrà diritto a percepire una Indennità pari ad accesso (ADI) + Rimborsio spese chilometriche per l'uso del mezzo proprio.

Sono inoltre doveri e compiti del medico:

a. l'adesione alle équipes territoriali ed alle altre forme associative complesse e strutturali;

b. lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 29; la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

I medici titolari d'incarico a tempo indeterminato parteci-

pano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali, rientrando a tutti gli effetti economici e normativi nel cosiddetto "Sistema premiante" aziendale.

Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.

Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico dei servizi territoriali può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

Per le attività disciplinate dal presente Capo, sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990 e della legge 83/2000, quelle rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale, medicina preventiva.

E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

Le Aziende sanitarie possono, sulla base di accordi aziendali, affidare ai medici incarichi per specifiche responsabilità di cui al comma 14 art. 78 dell'ACN, disciplinandone le modalità di conferimento e di remunerazione.

ART. 33

DISPONIBILITÀ

Ex art. 80 - ACN

Il Medico incaricato a tempo indeterminato per la Medicina dei Servizi Territoriali, su espresso mandato dell'Azienda, può, previo suo consenso, svolgere la propria attività presso strutture o Enti del SSN o Regionale, limitatamente ed esclusivamente con compiti di referente, collegamento, coordinamento e consulenza.

ART. 34

SOSTITUZIONI

Ex art. 81 - ACN

Il Medico, titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina dei Servizi Territoriali, può direttamente, per assenze sino a nove giorni, indicare un Medico che lo sostituisca. La sostituzione deve essere comunque comunicata all'Azienda per opportuna conoscenza e per i conseguenti adempimenti.

Per le altre sostituzioni si applica quanto disciplinato dall'art. 81 dell'ACN.

Ai medici sostituiti potrà essere affidato un incarico sino a 24 ore settimanali.

ART. 35

TRATTAMENTO ECONOMICO

Ex art. 85 - ACN

- A far data dall'1.1.2004, il trattamento economico è quello previsto dall'art. 14 allegato N del D.P.R. 270/2000, fatta esclusione per il contributo previdenziale di cui al comma 1, lettera d), incrementato di euro 1.81 per ogni ora di incarico. L'incremento previsto alla data dell'1.1.2004 viene incrementato di euro 0,49 dal 31.12.2004. L'incremento maturato al 31.12.2004 viene incrementato di euro 0,44 dal 31.12.2005.
- Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'indi-

viduazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 24,5% di cui il 14,16% a carico dell'azienda e il 10,34% a carico del medico. Tale aliquota decorre dal 1.1.2004.

- Le Aziende liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di Settembre 2005 e di Gennaio 2006, l'ammontare risultante rispettivamente dal compenso lordo di 0,48 Euro per ora di incarico nel 2001, di 0,48 Euro per ora di incarico nel 2002, di 0,675 Euro per ora di incarico nel 2003. Con le stesse modalità le aziende erogano gli aumenti contrattuali maturati dall'1.1.2004 alla data di entrata in vigore del presente Accordo.
- La partecipazione ai vari progetti obiettivi aziendali da parte del medico di medicina dei servizi, dà diritto alla corresponsione degli incentivi economici con le stesse modalità del personale medico dipendente.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

ART. 36

RAPPORTO OTTIMALE

Ex Art.64 - ACN.

Il nuovo Accordo Collettivo modifica profondamente la struttura del servizio di Continuità assistenziale con l'inserimento del rapporto ottimale per rendere più efficiente ed omogeneo il servizio nel territorio nell'ottica di una risposta globale della medicina generale nell'arco delle 24 ore.

In ottemperanza dell'art. 64, le Aziende dovranno calcolare e/o definire le nuove dotazioni organiche, in base a quanto disposto dai commi 1 e 2 del citato art.64 dell'ACN.

Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale nelle singole aziende viene definito il fabbisogno dei medici in ciascuna ASL determinato secondo il seguente rapporto medico/popolazione:

- un medico ogni 6500 residenti nei confini dell'area metropolitana di Roma;
- un medico ogni 5000 residenti negli altri ambiti territoriali compresi i capoluoghi di provincia;
- un medico ogni 3500 residenti nella provincia di Rieti con esclusione del capoluogo.

Entro 60 giorni dalla data di approvazione del seguente AR le ASL dovranno definire in base ai seguenti criteri le aree disagiate per la CA: caratteristiche orografiche e climatiche, viabilità, distanze chilometriche, scarsa densità abitativa. Il rapporto ottimale nelle zone disagiate sarà valutato singolarmente dal Comitato Regionale.

4. Aree disagiatissime della Regione Lazio sono fin d'ora individuate nelle isole del litorale laziale (Ponza, Ventotene)

Qualora entro dodici mesi dall'approvazione del presente Accordo non fosse raggiunta la completezza delle piante organiche verranno individuate modalità anche incentivanti per sofferenze alla sofferenza dell'organico in sede di Comitato Regionale.

Per quanto riguarda l'individuazione delle zone disagiate si rinvia a quanto già previsto, in merito, per la medicina generale nell'art. 14 del presente accordo.

Per quanto concerne, invece, il compenso, si concorda che al medico viene riconosciuto un aumento

orario sull'orario professionale del 100%, per le aree disagiatissime (isole pontine), mentre per le aree considerate disagiate, l'aumento è pari al 50% dell'orario.

Si conviene che il rapporto ottimale, al fine di garantire la più omogenea distribuzione dei medici, venga individuato all'interno di un ambito territoriale circoscritto, coincidente con il distretto e la popolazione venga determinata in base ai dati anagrafici alla data del 31.12.2004.

I casi eccezionali di situazioni non rientranti nelle tipologie di cui sopra, saranno esaminati in sede di Comitato Regionale/Aziendale.

ART. 37

COMPITI DEL MEDICO

Ex Art.67 - ACN

Per quanto riguarda l'assistenza ai non residenti, le parti convengono, al fine di garantire l'assistenza gratuita ai residenti nella Regione Lazio, che si trovino in ambito territoriale diverso da quello afferente alla postazione di Continuità Assistenziale della propria residenza di riconoscere una maggiorazione oraria sull'orario professionale di 5,00 €/h.

Per l'assistenza agli STP si rimanda a quanto previsto dall'art. 37 comma 4 e quindi alla compilazione mensile dell'allegato D.

I non residenti nella Regione Lazio dovranno retribuire le prestazioni erogate sulla base del disposto dell'art. 57, comma 3 come di seguito specificato:

visita ambulatoriale € 15,00;

visita domiciliare € 25,00;

atti medici ripetitivi € 5,00.

Ai non residenti della Regione Lazio, che siano in possesso della scelta temporanea del medico di assistenza primaria non si applica il disposto dell'art.57 comma 3 dell'ACN.

ART. 38

COMPETENZE DELLE AZIENDE

Ex Art.68 - ACN

L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale necessari ad effettuare gli interventi sulla base di un protocollo definito in sede regionale dall'osservatorio per l'appropriatezza di cui all'art. 18 del presente AR.

L'azienda, qualora non sia in grado di fornire un automezzo di servizio, garantirà un'assicurazione kasko completa di FURTO, INCENDIO e atti vandalici per qualsiasi veicolo utilizzato dal medico durante la sua attività.

Le Aziende sono obbligate a garantire che le sedi di servizio siano dotate di locali idonei per la sosta ed il riposo dei medici, abbiano adeguate misure di sicurezza e siano dotate di servizi igienici.

A tal fine entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo i Dipartimenti di prevenzione delle Aziende effettuano una verifica sulla idoneità delle sedi di servizio e le ASL dovranno provvedere all'adeguamento delle stesse.

Entro i successivi 30 giorni le aziende sono tenute a comunicare al Comitato Regionale gli esiti di dette verifiche e i provvedimenti adottati in merito.

Nelle more del perfezionamento di nuove sedi o dell'adeguamento di quelle esistenti le Aziende potranno, con accordo aziendale, prevedere in via sperimentale, forme di servizio attivo in disponibilità domiciliare, compatibilmente con le specifiche caratteristiche degli ambiti territoriali di competenza e con il luogo di residenza o domicilio del medico.

Studenti e tutors: considerazioni su un dialogo tra generazioni.

Un ruolo prezioso, quello del tutor, da riscoprire e valorizzare

Il primo approccio tra gli studenti ed il proprio tutor è, nella maggior parte dei casi, deludente. Gli studenti arrivano con la convinzione che quelle siano ore perse sottratte allo studio ed agli esami, il tutor capisce che quei ragazzi considerano la sua attività "superata" "obsoleta". Se questa prima impressione non viene superata il tirocinio si risolve, purtroppo, in una perdita di tempo inutile sia per gli studenti che per il medico. Ma se si riesce a superare questo primo impatto e si cerca la collaborazione degli studenti si aprono le dighe ed una alluvione di domande, di richieste di voglia di partecipare investe il medico. Si scopre, allora, che gli studenti attualmente non vedono, praticamente, gli ammalati; che non gli è permesso visitarli; che non sanno fare un esame obiettivo o raccogliere un'anamnesi. Devo dire che in alcuni casi mi sono commosso vedendoli disputarsi il privilegio di prendere la pressione: la gioia di poter eseguire un esame diagnostico in prima persona! Poi, al momento delle prescrizioni,

ecco venire fuori il nuovo medico molto più aggiornato di me in esami ultraspecialistici. Alla fine del periodo di tutoraggio ecco la domanda: posso ritornare, posso seguirla? E molti, ritagliando il loro tempo tra seminari, esercitazioni ed esami, ritornano con reciproca soddisfazione. Quali sono le considerazioni finali: il nostro ruolo di medici "degli uomini" e non "delle malattie" è sempre più prezioso in una società che ha cambiato anche le regole della formazione dei propri medici indirizzandoli sempre più verso la visione settoriale della specialistica e dove la visione d'insieme dell'uomo con le sue patologie e le sue problematiche diventa retaggio del solo Medico di Medicina Generale; questa esperienza e questa visione "olistica" è un bene prezioso che possiamo donare ai giovani che ci seguiranno nella nostra professione.

Giovanni Peliti

Infortunio in itinere: solo su terreno pubblico

Il TAR esclude l'infortunio in itinere se verificatosi sul proprio terreno condominiale

PRIVACY

Il TAR definisce con maggior precisione il concetto di "infortunio in itinere", stabilendo in particolare che non integra la fattispecie di infortunio in itinere l'incidente occorso nelle scale condominiali nel recarsi al lavoro.

Non può essere considerato infortunio in itinere (specifica il Tribunale) l'incidente occorso ad un dipendente pubblico mentre si recava al lavoro nello scendere le scale del condominio in cui risiede, in quanto evento verificatosi nel luogo di abitazione: infatti, affinché possa gravare sulla comunità il rischio generico della "strada" nell'infortunio in itinere, la distanza che il

dipendente è tenuto a coprire per raggiungere il luogo di lavoro non può che essere il percorso stradale, vale a dire quello delle ordinarie vie di comunicazione che si dipartono dall'edificio di cui fa parte la casa di abitazione.

Ratio dell'istituto è l'indennizzare il lavoratore rispetto agli effetti nocivi di un accadimento che si verifichi, senza sua diretta responsabilità, in un ambito esterno alla sua sfera di privata autonomia.

(TAR Sentenza, Sez. II, 13/04/2005, n. 2695)

Collegli disponibili per sostituzioni e collaborazioni con medici di Medicina Generale:

Dr. Russillo Michelangelo

Laureato in medicina e chirurgia con 110 e lode

Abilitato il 15/2/2006

Iscritto all'Albo dei medici Chirurghi e degli odontoiatri della provincia di PZ il 15/3/2006

Recapiti: 339-2816627

E mail: michelangelorussillo@libero.it

Dott.ssa Linda Cerbone

Laureata in medicina e Chirurgia il 25.10.2005 con 110 e lode

Iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi dal 14.3.2006

Recapiti: 339.7462214

Dott.ssa Emanuela Proietti

Laureata in medicina e Chirurgia il 31.3.2004 con 110/110 e lode;

Abilitazione in data Luglio 2004;

Iscritta all'Ordine dei medici dal Novembre 2004

SCHEDA DI ISCRIZIONE