

medici &medici

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona
Direttore Responsabile: Fulvio Borromei
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona
N. 2 - Giugno 2009
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

n.2
GIUGNO

Periodico di informazione Medico-Sanitaria
Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona



BANDO DI CONCORSO

per l'assegnazione del IV Contributo di studio "Dr. Giorgio Fanesi"

Art. 1

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Ancona indice il concorso per l'assegnazione di un contributo di Studio annuale denominato "Dr. Giorgio Fanesi", in memoria del tesoriere dell'Ordine scomparso prematuramente, per giovani medici ed odontoiatri che siano interessati ad effettuare una esperienza professionale all'estero per almeno un mese.

Art. 2

Possono partecipare all'assegnazione di cui all'art. 1:

- iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona che non abbiano superato i 40 anni compiuti alla data della scadenza del bando.
- Tale criterio viene adottato dall'Ordine per favorire i medici più giovani e facilitare le loro esperienze professionali.

Art. 3

Vengono messi a disposizione nell'anno 2009-2010 n° 5 sussidi di studio da usufruire entro e non oltre il 31/12/2010.

La somma complessiva netta a disposizione per l'avente diritto (medico o odontoiatra) è di 4.500 euro per tre mesi (da frazionarsi nel caso in cui il periodo di formazione sia inferiore a tale durata). Qualora il candidato vincitore rinunci a fruire del premio assegnatogli, la Commissione si riserva la possibilità di attribuire il premio al candidato che segue in graduatoria.

Art. 4

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda presso la segreteria dell'Ordine o a mezzo posta raccomandata, redatta su carta semplice, diretta al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona – Via Michelangelo Buonarroti n°1 – 60125 Ancona, **entro il 30/9/2009**.

La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile se consegnata a mano o spedita entro il suddetto termine; in tal caso farà fede il timbro postale.

Art. 5

Nella domanda gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità:

- cognome e nome;
- data e luogo di nascita;
- il domicilio eletto ai fini del concorso con espressa menzione dell'impegno di comunicare all'Ordine tempestivamente ogni variazione;
- di non usufruire contemporaneamente di altri premi per la stessa finalità di studio;
- di non aver provvedimenti disciplinari in corso presso la Commissione Medica e/o Odontoiatrica dell'Ordine;
- di non aver riportato condanne penali.

La domanda deve essere corredata di:

- descrizione particolareggiata del progetto che si intende effettuare nel paese estero e le sue finalità;
- curriculum vitae.

Nella domanda i candidati dovranno specificare la data di partenza, la sede ove presterà il periodo di studio ed i referenti nel paese estero ospitante.

Al rientro in Italia i medici o odontoiatri dovranno esibire documentazione dello stage effettuato.

Il fac-simile di domanda è reperibile presso la segreteria dell'Ordine o nel sito: www.ordinemedici.ancona.it.

Art. 6

La commissione esaminatrice sarà composta da 5 componenti del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri eletti dal Consiglio stesso. I candidati verranno valutati in base al progetto che intendono svolgere e, al fine dell'individuazione dei vincitori, verranno presi in considerazione:

voto di laurea (max 20 punti)

- 100 = 1.2 punti
- 101 = 2.4
- 102 = 3.6
- 103 = 4.8
- 104 = 6.0
- 105 = 7.2
- 106 = 8.4
- 107 = 9.6
- 108 = 10.8
- 109 = 12.00
- 110 = 16.00
- 110 e lode = 20.00

specializzazioni (max 13 punti)

- specializzazione con attinenza bassa al progetto di ricerca = 2 punti
- specializzazione con attinenza media al progetto di ricerca = 4.5 punti
- specializzazione con attinenza alta al progetto di ricerca = 6.5 punti

anzianità di iscrizione all'Ordine dei Medici 1 punto per ogni anno di iscrizione

esperienze professionali in istituzioni internazionali o nazionali (max 6 punti)

- in istituzioni internazionali: 2 punti
- in istituzioni nazionali: 1 punto

pubblicazioni scientifiche (max 10 punti)

- pubblicazioni in extenso su riviste internazionali: 3 punti
- pubblicazioni in extenso su riviste nazionali: 1,0 punto
- abstract o atti di convegni/congressi internazionali: 0.5 punti
- abstract o atti di convegni/congressi nazionali: 0.25 punti

età anagrafica

(a parità di punteggio sarà favorito il più giovane)

la commissione assegnerà fino ad un massimo di 50 punti in base al progetto.

La graduatoria verrà pubblicata presso la segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Ancona entro il **13/11/2009**.

Art. 7

L'Ordine non si assume nei confronti dei vincitori dei contributi di studio alcun onere di tipo assicurativo su eventuali responsabilità professionali, né risponde di eventuali rischi legati al viaggio o alla permanenza nel paese prescelto o per possibili malattie contratte durante lo stage.

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

Direttore Responsabile
Fulvio Borromei

Vice Direttore
Maria Beatrice Bilò

Coordinatore di Redazione
Marco Silvestrelli

Vice Coordinatori
Federico Fabbri
Sergio Giustini
Riccardo Sestili

Redazione
Maria Chiara Brugnami
Ilaria Capecci
Gerarda Lucia Cellesi
Elisabetta Esposto
Maddalena Vichi

Consiglio Direttivo

Presidente
Fulvio Borromei

Vice Presidente
Maria Beatrice Bilò

Segretario
Arcangela Guerrieri

Tesoriere
Quirino Massimo Ricci

Consiglieri
Vincenzo Berdini
Ilaria Capecci
Sergio Cascia
Marcello Maria D'Errico
Sergio Giustini
Maria Giovanna Magiera
Giovanni Petrucci
Stefano Polonara
Bice Privitera
Riccardo Sestili
Marco Silvestrelli
Federico Fabbri (od.)
Maria Chiara Brugnami (od.)

Revisori dei conti effettivi
Giuliano Rocchetti
Gerarda Lucia Cellesi
Elisabetta Esposto

Revisore dei conti supplente
Maddalena Vichi

Commissione Odontoiatrica
Federico Fabbri
Stefano Tucci
Maria Chiara Brugnami
Piero Amedeo Fedeli
Francesco Maria Montecchiani

In copertina:

Fontana delle 13 Cannelle - Ancona

Questo numero è stato chiuso il
12 giugno 2009

Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

Rispettiamo l'eticità del medico 5

LETTERA AL PRESIDENTE

*Pillola del giorno dopo e obiezione
di coscienza* 6

L'INTERVISTA

*Marco Silvestrelli incontra il dott. Carmine
Di Bernardo* 8

BUONA SANITA'

La buona sanità 10
*La Caritas Ancona-Osimo e la salute
degli immigrati e dei senza dimora* 12

INFORMAZIONI

*Lettera del Presidente Artis Franca Pulita
al Presidente OMCEO di Ancona Borromei* 14
*L'importanza del fluoro nell'essere umano
da 0 anni all'eternità* 16
*Disturbi dell'alimentazione e terapia cognitivo
comportamentale nella realtà marchigiana* 19
*La preparazione alla pandemia influenzale
nella Regione Marche* 23
*La pubblicità delle professioni sanitarie:
che confusione!* 29
Congresso Regionale Pediatrico-Neonatologico 30
La riforma delle scuole di specializzazione 32
*Recupero retribuzioni e contribuzioni
frequenza scuole di specializzazione* 35

Egredi Colleghi,

il Bollettino del nostro Ordine esce in una veste tradizionale ma rinnovata nei contenuti.

La consapevolezza che questa pubblicazione viene letta interamente solo da pochi Medici, sfogliata da alcuni e, nella maggior parte dei casi, cestinata, è presente in tutti noi del Comitato di Redazione.

Per tale motivo abbiamo deciso di modificare l'impaginazione nel tentativo di invogliare la maggior parte di Voi a sfogliare la rivista, almeno alla ricerca di alcuni articoli o servizi che possano stimolare la curiosità.

Lo scopo è, nel tempo, quello di creare uno strumento il più possibile flessibile e che contenga anche contributi della maggior parte possibile di iscritti, quasi nel tentativo di creare una Community che soddisfi le esigenze di coloro che accedono al Bollettino.

Così, accanto ai tradizionali articoli che ci pervengono via e-mail, abbiamo pensato di inserire nuove rubriche, come l'intervista a personaggi di spicco nella nostra professione, la rubrica "Buone Notizie" per rendere partecipe tutti voi di iniziative meritevoli o positive che giungono alla redazione.

È inoltre nostra intenzione creare una sezione dedicata alle domande che eventualmente ci perverranno e che riguardano la nostra Professione.

Sarà nostra cura cercare di dare le risposte ai quesiti o direttamente al richiedente, o nei casi in cui questa possa essere di particolare interesse per la categoria, pubblicarle nel numero successivo.

Gli esperti che già collaborano con l'Ordine potranno essere, di volta in volta, integrati con persone, anche al di fuori della Professione, per cercare di risolvere i dubbi.

Per facilitare i contatti abbiamo pensato di creare dei referenti che possano rendere più facile il colloquio con i Colleghi. In particolare le richieste possono essere inviate a:

- *Marco Silvestrelli per i professionisti che afferiscono agli Ospedali di rete della Provincia*
 - *Riccardo Sestili per l'Azienda Ospedaliera Torrette*
 - *Sergio Giustini per i m.m.g.*
 - *Ilaria Capecci per gli Specialisti Ambulatoriali*
 - *Gerarda Lucia Cellesi per i giovani laureati*
 - *Maria Chiara Brugnami per gli Odontoiatri*
- L'indirizzo di posta elettronica è: **segreteria@ordinemedici.ancona.it***

Naturalmente, nell'ottica di migliorare il Bollettino, le vostre critiche e i vostri suggerimenti rappresenteranno la migliore collaborazione, sperando di offrirVi, alla fine, uno strumento valido che soddisfi le molteplici esigenze che una Professione impegnativa e complessa come la nostra richiede.

Dr Marco Silvestrelli
Coordinatore di Redazione

Rispettiamo l'eticità del medico

di Fulvio Borromei

Presidente OMCeO di Ancona

- Il CODICE DEONTOLOGICO, rappresenta la strada maestra per il MEDICO.
- Questo inoltre TUTELA L'AUTONOMIA PROFESSIONALE nell'estrinsicazione del proprio ruolo.
- A questo Codice non si può abdicare.

Il suo rispetto vale per il medico ma deve essere rispettato per il suo valore deontologico anche dalla POLITICA la quale non può ritenere una professione autonoma e foriera di sviluppo sociale e civile oltre che sanitario, alla mercé delle proprie indicazioni.

Gli articoli del Codice Deontologico 3 e 4 ci ricordano che uno dei nostri doveri è quello di tutelare la vita, la salute fisica e psichica dell'uomo senza distinzioni di età, sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia. L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità delle persone.

Proprio in base questi principi il medico non può essere obbligato a denunciare i cittadini clandestini (salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto) perchè verrebbe meno alla universalità della sua professione e a tutto un corredo deontologico che gli appartiene.

La sua autonomia vale anche in campo diagnostico terapeutico.

L'articolo 22 del Codice Deontologico ci ricorda che al medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la sua opera a meno che questo

comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persone assistite e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.

Proprio in questo codice trovano le fondamenta sia l'obiezione di coscienza (prevista anche dall'articolo 9 legge 194/78) che la clausola di coscienza nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo.

Su tale argomento si sono già pronunciati la Commissione Nazionale di Bioetica con una nota del 28/05/2004, sostenendo il diritto del medico ad appellarsi alla clausola di coscienza nel caso di prescrizione della PGD.

Il concetto di clausola di coscienza è più sfumato rispetto a quello di obiezione e attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge.

Inoltre la FNOMCeO ritiene che il medico obiettore non può limitarsi ad esprimere solo questa, ma deve provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità che la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione.

Questo ultimo aspetto per essere realizzato necessita di provvedimenti organizzativi dei servizi a carico delle dirigenti autorità sanitarie.

Il medico non può essere ridotto ad un mero esecutore di volontà altrui.

In un paese liberale la scelta di legificare ad oltranza anche su questioni che riguardano la sfera delle coscienze riduce ed imbriglia quella crescita armonica, rispettosa ed appropriata propria dell'etica e della deontologia.

Pillola del giorno dopo e obiezione di coscienza

***Lettera del Presidente OMCeO di Ancona Fulvio Borromei
al Direttore Generale ASUR Marche Roberto Malucelli***

Egregio Dottor Malucelli,

sono venuto a conoscenza di una sua missiva indirizzata ai Direttori di Zona e ai Dirigenti Medici di Presidio (12/03/2009 - 00047760) avente per oggetto "La pillola del giorno dopo e obiezione di coscienza".

Su tale tematica si sono già espresse la Commissione Nazionale di Bioetica e la Fnomceo.

In data 28/05/2004 la Commissione Nazionale di Bioetica sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza" nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo. Pur essendo tale concetto di clausola più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza, lo stesso trova la sua validazione nell'allora articolo 19 del Codice di Deontologia Medica del 1998.

Tale norma, prevedendo che il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera - a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento alla salute della persona assistita - è stata correttamente letta come disposizione che attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge.

Il diritto del medico all'obiezione di coscienza non può, comunque, in alcun modo ledere il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art. 1 legge 405/75 istituzione dei Consultori Familiari).

La Federazione (FNOMCeO) ritiene per quanto evidenziato, che nel caso in cui al medico obiettore di coscienza sia richiesta la prescrizione di cui trattasi, lo stesso non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione ma debba provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione.

Sempre la FNOMCeO ritiene che si trovi la legittimazione ad esercitare la clausola di coscienza e la sua ragon d'essere nella disposizione di cui l'articolo 9 della legge 194/78 (legge sull'interruzione della gravidanza). I medici debbono adottare le modalità prescritte nell'articolo medesimo e pertanto debbono inviare la dichiarazione relativa all'obiezione di coscienza al Direttore Generale della ASL e al Direttore Sanitario, nel caso di personale dipendente dall'ospedale.

Questo argomento è stato dibattuto con attenzione nell'ambito del Consiglio Nazionale tra tutti i presidenti degli Ordini d'Italia e la comunicazione

n.81 (11/12/2006) prodotta dalla Federazione, di cui riporto alcuni passaggi, mi sembra a mio avviso ragionevolmente appropriata ad affrontare la tematica in oggetto.

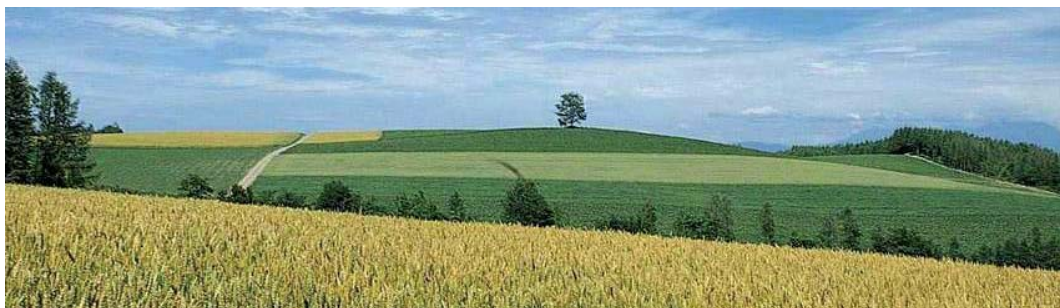
Inoltre, le autorità e le istituzioni competenti potrebbero provvedere anche organizzativamente affinché siano tutelati i diritti di tutti senza che venga meno la libertà di coscienza del medico.

Con questa missiva voglio anche sottolineare la disponibilità della istituzione ordinistica a collaborare affinché i principi sopra enunciati possano trovare una reale collocazione.

Distinti saluti.

Ancona, 28/04/2009

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei



Lettera del Presidente OMCeO di Ancona Fulvio Borromei al Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco

Caro Amedeo Bianco,

ti informo che la problematica esposta dal Dr. Marco Bregni di Medicina e Persona come da e-mail del 22/05/09 è stata già da me affrontata in qualità di Presidente OMCeO di Ancona con missiva del 28/04/09 indirizzata al Dr. Malucelli Roberto dove richiamo la comunicazione n.81 della FNOMCeO del 11/12/06.

A tale missiva ha fatto seguito un incontro tra me e il Direttore Generale ASUR il 06/05/09 dove lo stesso ne ha condiviso il contenuto, ribadendo il rispetto della clausola di coscienza, confermati poi da una risposta ufficiale. Ritengo ora che una organizzazione dell'attività professionale dei medici da parte dell'ASUR possa concretizzare la reale applicazione dei principi di tutela dei diritti delle parti in causa.

Distinti saluti.

Ancona, 28/05/2009

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

Marco Silvestrelli incontra il dott. Carmine Di Bernardo

Iniziamo, con questo numero del bollettino, una serie di interviste, speriamo interessanti, con alcuni colleghi che ricoprono ruoli di rilevanza, per i più vari motivi, nell'Universo sanitario della nostra Provincia.

Per comodità, vista la vicinanza, ed un po' per piaggeria (in fondo è il mio capo), abbiamo deciso di iniziare con il dottor Carmine Di Bernardo, Direttore della z.t.l. 7.

Mi riceve nel suo Ufficio, dopo una breve anticamera, durante una riunione (presumibilmente di Budget, dato il viso preoccupato della segretaria che mi annuncia), che interrompe momentaneamente per rispondere alle mie domande.

È comunque sorridente e quindi inizio subito l'intervista, mentre apre un pacchetto di crackers (il suo pranzo?).

Ormai sono più di 2 anni che sei Direttore della z.t.l., te la senti di fare un primo bilancio?

Direi che ho ricevuto una eredità sfidante. Mi spiego. Nella Zona Territoriale n° 7, nel corso degli anni, sono state attivate esperienze gestionali molto avanzate, specialmente nell'ambito dell'assistenza territoriale. Pertanto continuare questa mission ben definita è un'impresa molto impegnativa in termini di profusione culturale e di concentrazione, determinata dall'esigenza di coniugare lo sviluppo con l'attuale situazione che definirei transitoria, perché caratterizzata da una evoluzione molto veloce che porterà il sistema all'applicazione dei nuovi LEA, relativamente all'assistenza residenziale. Peraltro bisogna considerare che la zt7 è inserita in un sistema di regolazione più ampio che è l'ASUR nel suo complesso. Sotto questo profilo in questi due anni abbiamo rivisitato molte procedure organizzative, specialmente amministrative, finalizzate alla condivisione di modus operandi tra le ZZTT, la cui applicazione ha fatto crescere il sistema nel suo complesso in quanto si sono condivise le

migliori esperienze organizzative. Traghetare un'organizzazione complessa in un nuovo sistema di regole è una sfida molto stimolante per chi lavora sull'organizzazione.

Cosa cambieresti alla luce della esperienza maturata?

Probabilmente rifarei tutto quello che ho fatto. Mi rammarico solo che l'impegno amministrativo, che è notevolissimo, mi impedisca di dedicarmi ad altri progetti che ho in mente. Ma purtroppo il sole sorge ogni 24 ore...

A proposito di amministrazione, ritieni che la crisi mondiale che stiamo passando abbia influito sulle scelte aziendali o ridotto qualche attività?

La crisi economica potrebbe avere influssi sulla gestione dei servizi sanitari in generale, anche se a tutt'oggi non abbiamo avuto nessuna necessità di ridimensionamento quali quantitativo dei servizi. È auspicabile invece che i segnali di ripresa manifestati recentemente vengano confermati, permettendo di superare il momento senza drammi gestionali. Altro ragionamento è invece il dovere di perseverare nel buon lavoro di ottimizzazione gestionale svolto negli ultimi anni nella Sanità regionale (riconosciuto anche a livello nazionale) in quanto anche in periodi non contrassegnati da crisi economiche bisogna sempre porsi il problema della sostenibilità economica dei Servizi sanitari, che per loro peculiare natura hanno costi incrementali.

Quindi anche il programma di stabilizzazione dei Precari prosegue?

Sì. Il programma va avanti ed abbiamo attivato

tutte le procedure previste dalle disposizioni regionali.

Una domanda scomoda. Quanto pesa la vicinanza di una azienda come Torrette?

Sicuramente la gestione della z.t.l. 7 è influenzata in modo significativo dalla presenza della Azienda ospedaliera, una presenza che ha vincoli ed opportunità. I vincoli sono essenzialmente legati al fatto che l'Ospedale di Torrette funge, per una grossa parte, da ospedale di Rete per la popolazione dell'area metropolitana. La non gestione di questa quota parte di ricoveri rende molto più complesso il governo degli obiettivi assegnati dalla Regione alla zt7. Sul versante delle opportunità bisogna dire che nel corso del 2008 è stato sviluppato con l'AOR un accordo molto innovativo basato su una logica di cooperazione. In sostanza l'accordo prevede il decentramento della produzione di alcune linee di attività dell'AOR presso le strutture ospedaliere della zt7, gestite sempre dalle equipe dell'AOR. Ad oggi è attiva la otorinolaringoiatria e la chirurgia mammaria. E' doveroso sottolineare che le equipe dell'AOR svolgono la loro opera presso i nostri presidi come attività istituzionale.

Speravo in una risposta più piccante, ma mi accontento. Ed invece cosa ne pensi della ventilata fusione Ospedale di Rete e INRCA?

Se devo essere sincero, la vedo come una opportunità e non come una dequalificazione, sia per l'utenza sia per gli operatori.

E allora che fine faranno i concorsi per i posti di dirigente di II° livello attualmente vacanti?

Le funzioni di responsabilità delle U.O. sono state comunque espletate nei termini contrattualmente previsti, ed il lavoro fin qui svolto è stato ottimo. Ciò detto non si può non tenere conto della condivisibile decisione della Regione, nell'ottica di una riqualificazione del sistema ospedaliero, di addivenire ad una struttura unica integrata Osimo-INRCA. È ovvio che le sinergie operative tra le due istituzioni per arrivare a quel momento devono iniziare sin da oggi, ponendosi il problema di non duplicare le strategie operative. Pertanto in tal senso biso-

gnerà agire di concerto con l'INRCA.

Sempre più spesso nei media si punta il dito sulla qualità dei servizi erogati. Come giudichi quelli offerti dalla z.t.l. 7?

La ricerca della qualità ritengo debba essere parte stessa della cultura del professionista, ma in ogni caso cerchiamo costantemente di migliorarla attraverso programmi di monitoraggio specifico ed indicatori di qualità assistenziale e percepita. Se comunque effettuiamo una comparazione la nostra azienda è in una posizione assolutamente buona.

Altro problema a volte riguarda i rapporti tra m.m.g. e colleghi ospedalieri, come ti sembrano quelli intraaziendali?

In questo caso non posso che confermare che sono assolutamente di buon livello.

Ormai molti personaggi pubblici hanno un sito personale o sono iscritti ad una community (vedi il ministro Brunetta o il Tuo conterraneo il cardinale Sepe). Anche tu ne fai parte?

Sinceramente no, anche perché queste cose richiedono attenzione ed una organizzazione che ancora non ho la possibilità di implementare.

Comunque l'Azienda che dirigi mi sembra ben messa in quanto ad informatizzazione.

In effetti abbiamo molto migliorato questo aspetto della comunicazione, sia per l'Utenza, che ha la possibilità di informarsi sulle prestazioni che eroghiamo ed anche effettuare prenotazioni on line tramite il medico di m.g., sia per il personale, che attualmente ha la possibilità di dialogare con l'Amministrazione o collegarsi direttamente con altri colleghi per visionare referti ed esami. Il sistema è comunque migliorabile e ci stiamo impegnando per farlo.

Per concludere, allo stato attuale, consiglieresti ad uno studente liceale di iscriversi alla facoltà di Medicina e Chirurgia?

Sicuramente sì, perché sarà il lavoro del futuro. Le statistiche attuali già parlano di una carenza di figure professionali a partire dal 2020.

LA BUONA SANITÀ

di Marco Silvestrelli

I congressi e le riunioni, che quasi quotidianamente ci vengono pubblicizzati attraverso lettere, e-mail e siti su internet, si prefiggono lo scopo di migliorare le nostre performance nella diagnosi e nella terapia delle più svariate patologie.

Tutte queste iniziative, seppure con un alto contenuto scientifico e con la collaborazione di esperti delle varie materie, hanno sempre uno scopo

educazionale e raramente presentano un aspetto di dialogo e confronto tra docenti e discenti che permetta poi una ricaduta pratica sulla nostra attività quotidiana.

In questa ottica una significativa eccezione è rappresentata dal rapporto tra medici di Medicina Generale e specialisti ospedalieri nella nostra area.

Recentemente i MMG e gli specialisti ospedalieri di Gastroenterologia della zona 7, con il patrocinio della direzione della zona si sono riuniti per discutere della appropriatezza degli esami endoscopici.

Lo spunto per tale incontro è stato l'aumento esponenziale degli esami endoscopici richiesti, anche con indicazioni a volte al limite delle linee guida dei comitati scientifici. Questa crescita è legata allo sviluppo della tecnica endoscopica, sia sul versante diagnostico, ma soprattutto su quello terapeutico ed il miglioramento della assistenza agli esami, specialmente per quello che riguarda la analgesia.

Purtroppo non sempre i messaggi di innova-



zione o modifica, riguardanti le indicazioni, lo screening, il follow up, escono dai ristretti circoli dei cultori della materia, ma, soprattutto, non viene mai, o quasi mai, valutato il parere dell'utente finale di queste decisioni.

Lo scopo della riunione è stato invece quello di un confronto alla pari, sfruttando sia l'esperienza degli specialisti sia l'esperienza di coloro che quotidianamente hanno il polso della situazione dei pazienti affetti da patologie gastrointestinali.

In effetti la definizione di governo clinico prevede un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica (Scally Bmj 1998).

In questa ottica, il confronto tra le parti ha permesso di stabilire quali fossero i desiderata dei vari operatori in un ambiente collaborativo e senza gerarchie preordinate.

Si è perciò concordato, anche in riferimento all'articolo di Johanson edito nel 2002, che, per la riuscita di un esame di qualità sia necessario individuare e valutare, collegialmente i vari punti emersi ed in particolare:

- Identificazione degli indicatori
- Raccolta e valutazione dei dati
- Confronto con gli standard di riferimento (benchmarks)
- Analisi degli outcomes negativi per identificare il/i difetto/i che hanno determinato il fallimento (root-cause analysis)
- Discussione ed attuazione di provvedimenti atti a correggere i difetti riscontrati (work redesign)
- Monitoraggio e valutazione degli effetti dell'intervento.

Tradotto in un linguaggio non da diapositiva, ognuno ha indicato cosa vuole dal collega a cui si è rivolto e quale risposta si aspetta di ottenere.

Si è così concordato che il M.M.G. che propone un esame debba:

1. Specificare sempre sulla richiesta, o in allegato, il quesito diagnostico ed eventuali dati anamnestici ed obiettivi essenziali sia in termini di indicazione all'esecuzione dell'esame che in termini di contro indicazione (in questo caso specificare i motivi della prescrizione)
2. Allegare documentazione o menzione di accertate o sospette allergie o intolleranza a farmaci (specie in riferimento ad eventuali sedazioni)
3. Indicare la terapia in atto (specie farmaci che modifichino i valori emocoagulativi)
4. Evitare richieste generiche e doppie del tipo gastro + colon (accettabili solo su esplicita indicazione specialistica)
5. Specificare sempre se si tratta di:
 - controllo programmato
 - ricontrollo successivo a primo esame
 - follow up (precisando la patologia primitiva)
6. Ricordare che è necessario il consenso informato e un'adeguata collaborazione
7. Ricordare di portare con sé gli accerta-

menti eseguiti (specie esami ematici e precedenti endoscopie).

Per quanto invece riguarda lo specialista gastroenterologo:

1. ridurre le liste di attesa nei casi ritenuti urgenti dal collega (l'emergenza è comunque sempre garantita)
2. evitare nei referti sigle e acronimi incomprensibili
3. concordare la strategia terapeutica successiva all'esame
4. valutare l'impatto di un referto istologico eventualmente difforme alla diagnosi endoscopica
5. indicare i tempi di un eventuale follow up
6. permettere di accedere alle prestazioni di assistenza post esame al di fuori delle liste di attesa.
7. mantenere una reperibilità per i colleghi di medicina generale per le necessità legate alla gestione del paziente con problematiche gastroenterologiche.

Facendo riferimento agli indicatori di qualità precedentemente enunciati, si può facilmente comprendere che questi elementi di concordanza rappresentano la risposta (seppure altamente significativa) solo del primo punto del paragrafo che indica un esame di qualità.

Per poter effettuare anche una valutazione degli effetti di tale strategia sulla politica sanitaria saranno necessari ulteriori confronti per identificare sia gli errori e i difetti emersi, sia i rimedi da apportare per migliorare la qualità delle prestazioni offerte.

È evidente che tale miglioramento ancora una volta dovrà passare attraverso il confronto costruttivo tra tutti i soggetti che sono interessati al problema.

In tale ottica, oltre agli specialisti e i medici di M.M.G. sarà necessario, per non dire indispensabile, nei prossimi confronti, coinvolgere anche i vertici della Azienda Sanitaria Unica Regionale, e le figure istituzionali della sanità Regionale per avere una visione pratica dell'attuale assistenza prestata, evitando scelte solo propagandistiche o di facciata.

La Caritas Ancona-Osimo e la salute degli immigrati e dei senza dimora

di Carlo Niccoli

Presidente Caritas Ancona

E' con piacere che pubblichiamo questa lettera del Dr Carlo Niccoli Presidente Caritas Anconetana per informare e far conoscere come i medici si impegnino anche in ambito del Volontariato dando esempio di altruismo e eticità comportamentale.

Fulvio Borromei

GLI AMBULATORI ODONTOIATRICO E DI MEDICINA GENERALE

La Caritas è un organismo ecclesiale della Chiesa Cattolica italiana ben conosciuto per le sue attività caritative; forse meno conosciute sono le sue attività sanitarie, che pure sono presenti anche nella città di Ancona. Già nella vecchia sede in Via Isonzo era operante un Ambulatorio di Medicina Generale, tenuto soprattutto dai dott. Bambozzi e Vecchia, ambulatorio che, tuttavia, era caduto un po' in disuso dopo che il SSN aveva in qualche modo preso in carico anche la salute degli immigrati irregolari attraverso gli Ambulatori per STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), garantendo loro le cure urgenti o comunque essenziali; in realtà, anche con questi Ambulatori, tuttavia, rimanevano senza assistenza i senza fissa dimora, sia italiani che stranieri.

Nella nuova sede, presso il Centro Caritativo Giovanni Paolo II, in Via Podesti 12, si è pensato invece di aprire un Ambulatorio Odontoiatrico, poiché queste cure sono difficilmente ottenibili e, d'altro canto, si tratta di una patologia estremamente diffusa, proprio tra le persone più deboli. Successivamente, visto che c'erano dei Medici disponibili e c'era richiesta, è stato aggiunto il progetto di un Ambulatorio di Medicina Generale. Entrambi gli Ambulatori sono destinati alle persone non assistite dal SSN ed agli irregolari che si rivolgono alla Caritas.

L'Ambulatorio Odontoiatrico è localizzato al piano terra del Centro ed ha una saletta di attesa comune con l'Ambulatorio di Medicina Generale; è fornito di due Riuniti, Sterilizzazione, Apparecchio Radiografico e sono possibili tutte le normali cure odontoiatriche: Prima Visita, Terapia conservativa, endodontica,

estrattiva, Terapia odontoiatrica d'urgenza ed Igiene dentale. Vi si accede tramite prenotazione fatta al Centro di Ascolto ed è, per ora, aperto il Lunedì dalle 9 alle 13. Vi prestano servizio un volontario Specialista Odontoiatra (dott. Andrea Sant'Angelo), tre Infermiere ed una Igienista Dentale. Hanno dato la loro disponibilità anche un Odontotecnico ed altri 30 Medici Odontoiatri che hanno partecipato ad un Corso preparatorio presso la struttura della Caritas.

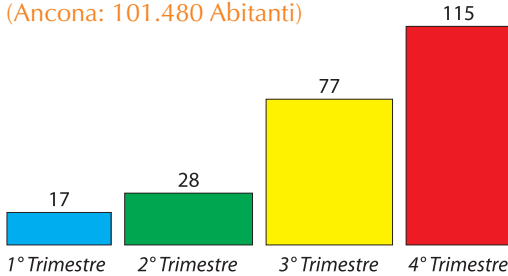
Nei primi quattro mesi di apertura (Settembre – Dicembre 2008: 14 sedute lavorative) L'Ambulatorio ha effettuato 25 prime visite, 13 estrazioni, 10 terapie conservative, 5 terapie endodontiche e 4 igiene dentali.

L'Ambulatorio di Medicina Generale è localizzato in una piccola stanza accanto a quello Odontoiatrico. E' aperto il lunedì, mercoledì e il sabato dalle 9 alle 11. A turno, vi prestano servizio cinque volontari medici (M.T. Candelaresi, A. Fidei, L. Limiti, C. Niccoli, C. Palombi). Vi si accede mediante prenotazione al Centro di Ascolto, tranne il sabato in cui l'accesso è libero, trattandosi del giorno di apertura del servizio docce di cui usufruiscono soprattutto i senza dimora, e in cui è opportuno che il servizio sia disponibile senza alcun ostacolo burocratico. E' interessante ricordare che l'Ambulatorio è iniziato proprio con i Medici che sono andati a far servizio alle docce, per farsi conoscere e invitare chi ne avesse avuto bisogno o desiderio a farsi visitare.

Nel corso del 2008, sono state effettuate 237 prestazioni a 63 pazienti, (questo significa che in Ancona, 100.000 abitanti, vi sono almeno 63 persone che tendono a ritornare all'ambulatorio, non avendo alcuna assistenza sanitaria o altre possibilità di cura al di fuori della Caritas)

e sono stati acquistati farmaci per circa 1.000 euro. Gli accessi sono in continua crescita, come può essere osservato dal grafico allegato.

Ambulatorio di Medicina Generale anno 2008:
237 PRESTAZIONI a 63 PAZIENTI
(Ancona: 101.480 Abitanti)



Le patologie di più frequente osservazione sono quelle gastroenteriche, quelle respiratorie e da raffreddamento, oltre un discreto numero di casi di ansia e depressione. Le prestazioni eseguite sono state: Prescrizione e distribuzione di farmaci 119; Visite 90; Medicazioni, Terapie iniettive 13; Richieste esami strumentali 2; Altro 13.

Tabella provenienza pazienti

ITALIA	10	(16%)
ROMANIA	10	(16%)
MAROCOCO	9	(14%)
ALBANIA	3	(4.8%)
NIGERIA	3	(4.8%)
TUNISIA	3	(4.8%)
BANGLADESH	2	(3.2%)
SENEGAL	2	(3.2%)
ALTRI	13	

Si può osservare come non siano stati visitati all'ambulatorio polacchi, cinesi, filippini e peruviani che pure rappresentano nel loro complesso il 19% degli immigrati regolarmente residenti in Ancona: probabilmente seguono dei loro circuiti. Solo 3 (4,8%) sono stati, poi, gli albanesi presentatisi, pur costituendo questo gruppo etnico il 17% degli immigrati regolarmente residenti in Ancona: questo dato significa che i cittadini di questa nazionalità si sono ormai ben inseriti nella vita locale e un buon inserimento è causa di buono stato di salute. Ben 17 sono stati invece i pazienti (quasi il 27% dei visitati) provenienti complessivamente da Marocco, Tunisia, Nigeria, Senegal, pur rappresentando questi gruppi nazionali com-

plessivamente solo l'11,4% degli immigrati regolari in Ancona. Questo significa che molti sono i clandestini in questi gruppi nazionali e che, nello stesso tempo, il loro stato di salute è peggiore; in effetti è un dato ormai condiviso che la clandestinità si associ ad un peggiore stato di salute.

Nonostante alcuni problemi, ad esempio la impossibilità di prescrivere accertamenti o terapie sul ricettario regionale, per la mancanza di una convenzione, il servizio Ambulatorio della Caritas si è dimostrato utile per queste persone marginalizzate, rappresentando spesso anche un primo aggancio per iniziare un cammino di reinserimento sociale; anche per i medici che lavorano negli Ambulatori e per i Colleghi esterni che sono stati occasionalmente coinvolti, l'incontro con questi pazienti è fonte di confronto e di riflessione.

LA CAMPAGNA "IO NON TI DENUNCIO"

Accanto a questi aspetti concretamente diretti alla cura delle persone, la Caritas è impegnata anche in azioni più generali tendenti ad indirizzare l'opinione pubblica all'accoglienza del migrante ed al rispetto per i suoi diritti fondamentali, quali quello al diritto alla salute. E' stata per esempio recentemente lanciata nei nosocomi della Azienda Ospedali Riuniti di Ancona la campagna "Io non ti denuncio" contro le misure del disegno di legge 733 sulla sicurezza; come è noto tale DDL vorrebbe, tra l'altro, il medico ospedaliero impegnato nella segnalazione della condizione di clandestinità di pazienti immigrati che a lui si rivolgono.

La campagna consiste nell'invio a tutti gli operatori sanitari dell'Azienda di una lettera in cui si spiegano le motivazioni dell'iniziativa, con allegato un distintivo con la dicitura "Io non ti denuncio" da indossare sul camice o sulla divisa. Il distintivo vuole essere, allo stesso tempo, un segno di impegno per il medico su valori etici e sociali e, per l'immigrato, un segno di accoglienza e di serenità nel potersi rivolgere ad operatori sanitari ben disposti nei suoi confronti.

Credo sia interessante sottolineare come in questa occasione l'Ordine e la Caritas, seppure nei loro ben distinti ambiti di competenza, si siano mossi su strade parallele e nella stessa direzione: potrebbe essere una esperienza da ripetere.

Lettera del Presidente Artis Franca Pulita al Presidente OMCeO di Ancona Fulvio Borromei

Egr. Dott. Borromei

con la presente intendo fornirLe alcune informazioni relative all'attività della nostra Associazione allo scopo di un'eventuale futura collaborazione.

Da anni l'attenzione verso il malato terminale è al centro del dibattito sia tra gli operatori che sui mezzi di comunicazione.

La patologia oncologica è in aumento ma il progresso scientifico ha prodotto cure e farmaci che riescono sempre più ad allungare l'aspettativa di vita. A fronte di questo aspetto positivo vi è però, come conseguenza, il notevole aumento dei malati cronici che necessitano di specifica assistenza e di cure palliative.

Per affrontare questa nuova emergenza stanno sorgendo in Italia numerose strutture (hospice) in grado di accogliere questi pazienti. Purtroppo però esiste ancora una notevole differenza tra il numero di hospice sorti al nord rispetto a quelli attivati nel resto d'Italia.

Resta inoltre il grande problema di avere personale preparato ad affrontare le specifiche esigenze di questo particolare tipo di malato.

L'ARTIS - onlus è un'associazione di volontariato nata nel 2000 dall'idea di due infermiere con molti anni di esperienza lavorativa oncologica con l'obiettivo di diffondere ed applicare nel paziente in fase terminale le *Cure Palliative*, quelle cure cioè che affrontano tutti gli aspetti della sofferenza del malato e delle loro famiglie.

Quando la malattia è ormai irreversibile e porta in breve tempo alla morte compare un complesso quadro di sintomi e di situazioni psicofisiche definite "dolore totale"; oltre al dolore ed altri sintomi fisici, si possono manifestare sofferenze psicologiche e spirituali, difficoltà nei rapporti interpersonali e sociali e problemi economici.

Prendersi cura del malato terminale significa agire su tutti questi aspetti della sofferenza.

Gli scopi della nostra associazione sono:

- dare assistenza domiciliare qualificata e continua ai malati in condizioni critiche e sostegno ai loro familiari;
- promuovere iniziative volte alla diffusione delle *Cure Palliative*;
- favorire la creazione di occasioni formative, di aggiornamento e di ricerca tra personale medico e infermieristico.

Nel 2008 abbiamo fornito assistenza domiciliare gratuita a 75 pazienti (di cui 40 nuovi segnalati) e alle loro famiglie residenti nel Comune di Ancona e nei Comuni limitrofi. Abbiamo fatto 3297 visite infermieristiche, 80 visite mediche, 480 trattamenti fisioterapici, siamo stati presenti tutte le volte che i pazienti ne hanno fatto richiesta fornendo un servizio 24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana.

Durante la stagione estiva 2008, l'Associazione è stata inoltre chiamata a fornire assistenza infermieristica quotidiana a 20 ragazzi disabili gravi del Comune di Perugia in vacanza a Porto Potenza (MC).

Sempre nel 2008 abbiamo aperto ed è attualmente completamente attivo lo sportello OASI, un *"punto di informazione"* per l'orientamento, l'ascolto, il sostegno e l'informazione per i pazienti di oncologia ed i loro familiari. Tale punto di informazione è aperto al pubblico per 3 giorni a settimana e rende disponibile a chiunque lo richieda la consulenza ed il supporto di numerose figure sanitarie professionali: medici oncologi, infermieri, fisioterapisti e psicologi.

E' stato inoltre realizzato un progetto relativo alla *teleassistenza*, sperimentato per ora soltanto su 3 malati in quanto, malgrado la sua efficienza, abbiamo riscontrato una notevole difficoltà nella possibilità di estenderlo ad un numero rilevante di pazienti perché molto spesso, presso il loro domicilio, non esistono le risorse tecnologiche e le competenze necessarie per una corretta ed efficace utilizzazione.

Nell'ambito della promozione e diffusione delle Cure palliative, l'ARTIS, negli ultimi 3 anni, ha organizzato annualmente corsi di formazione sulle *"Cure Palliative e di fine vita"* tenuti dalla SIMPA (Scuola Italiana di Medicina e Cure Palliative) e rivolti agli operatori sanitari.

Il 4 ottobre 2008, sempre in collaborazione con la SIMPA, è stato organizzato un incontro aperto alla cittadinanza dal titolo *"Gli ultimi giorni"* tenutosi presso la sede del Comune di Ancona.

Come riconoscimento della nostra attività il Comune di Ancona ci ha conferito nel 2007 il premio *"Città Solidale"* e nel 2008 il *"Ciriachino d'argento"*.

RingraziandoLa per l'attenzione e la diffusione che vorrà dare all'attività svolta dalla nostra Associazione, in particolare al nostro *punto di informazione OASI*, colgo l'occasione per porgerLe i più cordiali saluti

Ancona, 20/04/2009

Il Presidente
Franca Pulita



L'importanza del fluoro nell'essere umano da 0 anni all'eternità

di Maria Chiara Brugnami

Il fluoro è un sale minerale molto diffuso in natura: è presente nel suolo, nelle acque e in alcuni cibi (tè, pesce azzurro, verdure), ma la quantità che il nostro organismo ricava dagli alimenti è in realtà molto bassa, non superando il 40% del fabbisogno totale.

Il fluoro, come il calcio e il fosforo, è essenziale per la formazione dei denti e delle ossa: circa il 99% del fluoro presente nell'organismo è localizzato nei tessuti mineralizzati.

In particolare, lo smalto del dente è costituito per il 99% da componente minerale (idrossiapatite) e per il restante 1% da componente organica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene che l'impiego del fluoro rappresenti il metodo più efficace per la prevenzione della carie.

Il fluoro esplica infatti la sua azione integrandosi nella struttura dei denti quando questi sono in via di formazione all'interno delle ossa mascellari, rendendoli maggiormente resistenti e, se è presente in buone concentrazioni nel cavo orale, riduce l'accumulo di placca, agendo direttamente sui batteri, causa della carie, ma soprattutto è in grado di remineralizzare lo smalto colpito da lesioni iniziali. Dalla nascita e per i primi sei anni di vita, è indicata un'integrazione di fluoro per tutti i bambini che vivono in aree in cui la concentrazione di questo oligoelemento nelle acque potabili è bassa, cioè la quasi totalità.

Poiché è stato dimostrato che l'efficacia della fluoroprofilassi è tanto maggiore quanto più precoce è l'inizio della somministrazione, la soluzione ideale è cominciare durante la gravidanza.

In linea generale la madre dovrebbe cominciare l'assunzione di fluoro nel secondo trimestre di gravidanza, cioè nella fase in cui nel feto si ha la formazione dell'organo dello smal-

to e della dentina. L'assunzione del supplemento deve poi continuare fino al termine della gravidanza.

Attualmente alle donne in attesa si consiglia di assumere una compressa di fluoro da 1 mg al giorno. La compressa va assunta la sera, dopo aver eseguito l'igiene orale, e va lasciata sciogliere in bocca.

Somministrare fluoro durante la gravidanza non presenta rischi per il feto perché la placenta esercita una funzione di filtro per cui soltanto un quarto (0,25 mg) della dose standard consigliata raggiunge l'embrione. Il resto del minerale assunto viene escreto dall'organismo materno (50%) o va a depositarsi nello scheletro della madre (il restante 25%).

I vantaggi della fluoroprofilassi non si limitano alla dentatura. Alcuni studi, infatti, hanno dimostrato che l'esposizione al fluoro determina un vantaggio anche per la formazione dello scheletro: il fluoro, infatti, sarebbe in grado di aumentare la densità ossea a livello femorale e della colonna vertebrale di circa il tre per cento nei soggetti esposti continuativamente alla molecola.

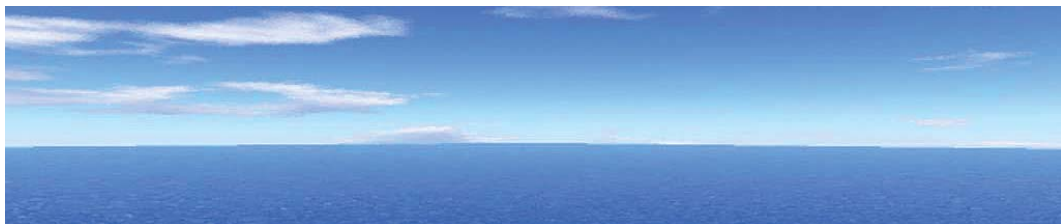
La somministrazione del fluoro può avvenire in due modi:

- in maniera sistemica;
- in maniera topica.

FLUOROPROFILASSI SISTEMICA

Attraverso questa modalità il fluoro somministrato agisce sugli elementi dentari in fase di formazione e come abbiamo visto precedentemente può esserne incorporato negli strati più profondi.

Affinché questo effetto sia duraturo e costante, è necessario che l'assunzione avvenga per tutto il periodo dell'odontogenesi, ossia dalla gravidanza (la mineralizzazione inizia a partire dal 4° mese di vita intrauterina) fino all'età



di 12-13 anni.

La fluoroprofilassi sistemica può avvenire con:

- l'assunzione di alimenti contenenti fluoro;
- la fluorizzazione delle acque potabili, del latte, del sale da cucina;
- la fluorizzazione mediante gocce, compresse, chewing-gum.

Il fluoro è contenuto in molti alimenti ma in misura non sufficiente a garantire la dose ottimale di fluoro pari a 1 mg/dì dai 6 ai 13 anni di età.

In molti paesi del mondo il fluoro viene aggiunto all'acqua potabile dell'acquedotto in dosi pari a 0.7-1 ppm (1 mg/l) secondo quanto consigliato dall'OMS. In Italia questa metodologia non è adottata e le acque potabili, fatta eccezione per alcune zone, contengono quantitativi di fluoro insufficienti ad esercitare un'azione cariostatica (l'acqua potabile di Ancona contiene 0,50 mg/l).

Anche l'aggiunta di fluoro al sale da cucina e al latte non ha trovato riscontro in Italia, mentre in Svizzera ad esempio, viene effettuata da anni, ottenendo risultati positivi ed incoraggianti.

Da ciò ne deriva che nel nostro Paese, l'unica possibilità di assunzione sistemica di fluoro è attraverso gocce e compresse di fluoruro di sodio.

Le gocce rappresentano la forma di somministrazione più pratica e semplice per il neonato e nei primi anni di vita.

Le compresse non devono essere deglutite ma disciolte lentamente in bocca: in questo modo avremo una duplice azione, sistemica e topica. Esistono altri accorgimenti da seguire nell'assunzione delle gocce e delle compresse:

- l'assunzione dovrebbe avvenire la sera, dopo aver eseguito le normali procedure di igiene orale, prima di andare a dormire;

- il fluoro non deve essere assunto con il latte (non sciogliere le gocce o le compresse nel latte), perché si formerebbe fluoruro di calcio, un sale poco. Solubile.

FLUOROPROFILASSI TOPICA

La fluoroprofilassi per via topica può essere effettuata a qualunque età ed ha come obiettivo la remineralizzazione dello smalto e l'inibizione della crescita batterica e della produzione di acidi.

Le applicazioni topiche possono essere eseguite da personale adeguatamente addestrato (fluoroprofilassi professionale) nello studio odontoiatrico o personalmente a casa.

1. FLUOROPROFILASSI PROFESSIONALE

Prevede l'impiego di preparati a base di fluoro come sali inorganici (fluoruro di sodio, fluorofosfato acidulato, fluoruro stannoso) e sali organici (amine fluorurate) ed è generalmente indicata per quei pazienti considerati ad elevato rischio di carie.

Il fluoruro di sodio, il fluorofosfato acidulato e le amine fluorurate sono quelli più usati e vengono applicati secondo protocolli e modalità diverse.

Nell'ottica di un programma di prevenzione completo e duraturo sono stati introdotti nella pratica clinica materiali da ricostruzione a rilascio di fluoro (compomeri, cementi vetroionomerici), particolarmente indicati nella terapia conservativa di denti decidui cariati soprattutto in pazienti ad elevato rischio di carie.

2. FLUOROPROFILASSI DOMICILIARE

Prevede l'impiego di dentifrici e collutori a base di fluoruri, da utilizzare con cautela nei bambini. In particolare si consiglia di non dare il dentifricio e il collutorio al bambino molto piccolo, pena il rischio dell'eventuale inge-

stione di queste sostanze.

Esistono dentifrici appositamente formulati per i bambini (con contenuto di fluoro ridotto) che vanno comunque prescritti almeno dopo i 4 anni.

La fluoroprofilassi da sola però, non è sufficiente a garantire una completa protezione nei confronti della carie. La prevenzione della carie infatti, prevederebbe:

1. fornire istruzioni di igiene orale e alimentare ai genitori;
2. la promozione della fluoroprofilassi;
3. l'identificazione dei pazienti a maggior rischio di carie.

Il genitore deve essere istruito adeguatamente su quelle che devono essere le manovre di igiene orale nei primi anni di vita, perché sarà lui che le dovrà effettuare.

Nel primo anno di vita sarebbe opportuno strofinare con una garza umida le gengive e i denti decidui erotti. Successivamente (1-4 anni) si può iniziare ad usare lo spazzolino con setole morbide, associato al dentifricio solo quando il bambino sarà in grado di sciacquare la bocca. Dopo i 4 anni, il genitore dovrà solo supervisionare le manovre di igiene orale, perché a questo punto il bambino sarà in

grado di svolgere queste manovre in piena autonomia.

Ma la presenza del genitore resta fondamentale anche per quello che riguarda la corretta alimentazione. Compito del pediatra e del pedodontista è quello di istruire il genitore riguardo agli effetti negativi di una frequente assunzione di cibi e bevande zuccherate, in particolare nell'intervallo di tempo tra un pasto e l'altro, momenti in cui si determina l'abbassamento del pH del cavo orale creando un terreno favorevole alla colonizzazione batterica.

CONCLUSIONI

L'educazione ad una corretta igiene orale e alimentare e la fluoroprofilassi rappresentano dei principi basilari nella prevenzione della carie.

All'Odontoiatra, al pediatra e al ginecologo spetta il compito di informare ed istruire i genitori, e favorire la diffusione delle metodiche di fluoroprofilassi, rassicurando i loro pazienti sull'innocuità di questa procedura, che deve comunque essere eseguita da personale specializzato e dopo aver eseguito una corretta indagine anamnestica riguardo a tutte le possibili fonti di apporto di fluoro da parte del paziente.



Disturbi dell'alimentazione e terapia cognitivo comportamentale nella realtà marchigiana

di Silvia Filipponi, Paola Bartolini, Lucia Piccinini

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Definizione

I disturbi dell'alimentazione possono essere definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

Distribuzione

Nella tabella è riportata la distribuzione dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, perché poco si sa sulla reale distribuzione dei disturbi dell'alimentazione atipici. Tre recenti studi hanno, comunque, evidenziato che circa il 50% dei pazienti che richiedono un trattamento specialistico soddisfano la diagnosi di disturbo dell'alimentazione atipico.

Fattori di rischio

I risultati della ricerca sui fattori di rischio indicano che i disturbi dell'alimentazione derivano da una predisposizione genetica e da fattori di rischio ambientali, il cui ruolo si evince da numerose ricerche eseguite negli ultimi anni.

Principali fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione evidenziati dalla ricerca

Fattori di rischio generali

Sesso femminile

- Adolescenza e prima età adulta
- Vivere in una società occidentale

Fattori di rischio specifici-individuali

Storia familiare

- Disturbi dell'alimentazione
- Depressione
- Alcolismo (bulimia nervosa)
- Obesità (bulimia nervosa)

Esperienze premorbose

- Problemi con i genitori (specialmente basso contatto, alte aspettative, dispute generazionali)
- Abusi sessuali
- Diete tra i familiari
- Commenti negativi sull'alimentazione, il peso e le forme corporee da familiari o altri
- Lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza
- Esposizione ad immagini di persone magre nei media.

Distribuzione dei disturbi dell'alimentazione

	<i>Anoressia nervosa</i>	<i>Bulimia nervosa</i>
<i>Età</i>	Adolescenza (alcuni giovani adulti)	Giovani adulti (alcuni adolescenti)
<i>Sesso</i>	90% femmine	Femmine in modo predominante
<i>Prevalenza</i>	0,3% nelle adolescenti	1% nelle donne tra 16 e 35 anni
<i>Incidenza (n° nuovi casi anno per 100.000 abitanti)</i>	19 nelle femmine, 2 nei maschi	29 nelle femmine, 1 nei maschi

Da Faiburn CG et al (2003). *Eating Disorders. THE LANCET* - Vol 361 - February 1, 2003

Caratteristiche premorbose

- Bassa autostima
- Perfezionismo (anoressia nervosa e in misura minore bulimia nervosa)
- Interiorizzazione dell'ideale di magrezza
- Ansia e disturbi d'ansia
- Obesità (bulimia nervosa).

Adattata da Fairburn CG e Harrison PJ, (2003). *Lancet. Eating Disorders*. 361, 407-416

Complicanze mediche

Le complicazioni mediche osservate nell'anoressia nervosa sono per la maggior parte secondarie all'uso di comportamento non salutare di controllo del peso e al basso peso. Le complicanze fisiche osservate nella bulimia nervosa sono in genere di minore entità; se però il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi o diuretici sono molto frequenti si possono verificare gravi alterazioni elettrolitiche ed importanti complicanze cardiache (aritmie) e renali.

Principali complicanze mediche dell'anoressia nervosa

Sintomi fisici

- Eccessiva sensibilità al freddo
- Sintomi gastrointestinali (es. stipsi, pienezza dopo aver mangiato, digestione lunga e difficile)
- Capogiri e sincope
- Sonno disturbato e risvegli precoci mattutini.

Segni fisici

- Emaciazione, blocco della crescita e mancato sviluppo delle mammelle (se insorgenza prepuberale)
- Pelle secca, peluria fine (languo) sulla schiena, avambracci e lati della faccia; nei pazienti con iperacroteneemia, colore arancione dei palmi delle mani e dei piedi
- Ingrossamento delle parotidi e delle ghiandole salivari (specialmente in quelli che si abbuffano e si inducono il vomito)
- Erosioni della superficie posteriore dei denti (perimolisi) in quelli che vomitano frequentemente
- Mani e piedi freddi, ipotermia
- Bradicardia; ipotensione ortostatica; arit-

mie cardiache (specialmente in quelli sottopeso e con disturbi elettrolitici)

- Edema (che complica la valutazione del peso)
- Debolezza dei muscoli prossimali (difficoltà dall'alzarsi da una posizione di accovacciamento).

Anomalie evidenziate da esami bioumorali e strumentali

Endocrine

- Bassa concentrazione degli ormoni LH, FSH ed estradiolo
- Bassi livelli di T3, T4 e TSH nel range della normalità (sindrome da basso T3)
- Incremento modesto del cortisolo plasmatico
- Aumentata concentrazione del GH
- Severa ipoglicemia (rara)
- Bassi livelli di leptina (ma forse più alti di quelli attesi per il peso).

Cardiovascolari

- Anomalie all'elettrocardiogramma (specialmente in quelli con anomalie elettrolitiche); difetti di conduzione, specialmente prolungamento del tratto Q-T.

Gastrointestinali

- Ritardato svuotamento gastrico
- Diminuita motilità del colon (secondaria all'abuso di lassativi)
- Dilatazione gastrica acuta (rara, secondaria ad abbuffate)
- Erosioni esofagee (da vomito autoindotto ripetuto).

Ematologiche

- Anemia normocitica normocromica moderata
- Leucopenia moderata e linfocitosi relativa
- Piattinopenia.

Altre anomalie metaboliche

- Ipercolesterolemia
- Aumento del carotene serico
- Ipofosfatemia (specialmente dopo rialimentazione parenterale)
- Disidratazione

- Disturbi elettrolitici (in quelli che vomitano o abusano di lassativi e/o diuretici frequentemente): alcalosi metabolica e ipopotassiemia (da vomito autoindotto); acidosi metabolica, iponatriemia e ipopotasemia (da abuso di lassativi).

Altre anomalie

- Osteopenia ed osteoporosi (con aumento del rischio di fratture)
- Allargamento dei ventricoli cerebrali e degli spazi del liquido cefalorachidiano (pseudoatrofia).

Adattata da Faiburnn CG e Harrison PJ, (2003). *Lancet. Eating Disorders*. 361, 407-416

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DEI DA NELLE MARCHE

Rigorosi studi controllati hanno dimostrato che circa il 70% dei pazienti affetti da Bulimia Nervosa possono essere trattati con successo con la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT). Per quanto riguarda l'Anoressia Nervosa invece non ci sono ancora risultati significativi dagli studi finalizzati a valutare l'efficacia dei trattamenti di questo disturbo. Nella maggior parte dei casi l'Anoressia Nervosa necessita di forme di intervento più complesse (CBT a lungo termine) e spesso anche di un periodo di ricovero ospedaliero.

Interventi di Diagnosi e Cura nel territorio marchigiano

1) Caratteristiche del programma

- Si basa sulla teoria cognitivo comportamentale
- È transdiagnostico: strutturato per essere applicato con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione
- È individualizzato per ogni paziente sulla base di una formulazione personalizzata del disturbo (individuazione dei propri fattori di rischio, precipitanti e di mantenimento)
- Somministrato da un'equipe multidisciplinare (medico, psicologo, infermiere pro-

fessionali), ma non eclettica composta da professionisti che aderiscono tutti alla stessa teoria, adottano le stesse tecniche e il medesimo linguaggio in quanto specializzati attraverso corsi di formazione organizzati dall'AIDAP (Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso)

- Multi-step: prevede diversi livelli di cura (ambulatoriale, ricovero, post-ricovero)

2) I due binari del trattamento

Il primo affronta i problemi riguardanti l'alimentazione, le abbuffate i comportamenti di compenso e il peso corporeo; il secondo affronta lo schema di autovalutazione disfunzionale ed eventuali fattori di mantenimento aggiuntivi eventualmente associati che ostacolano il cambiamento. Quasi tutti i pazienti in termini astratti preferiscono iniziare dal secondo binario ed affrontare solo le problematiche psicologiche del loro disturbo. Numerosi studi hanno però evidenziato che condotte alimentari non adeguate rendono in pratica impossibile un normale funzionamento psicologico. Per tale motivo è necessario aver raggiunto un miglioramento nel primo binario, per poter poi affrontare con successo le problematiche psicologiche che caratterizzano il secondo binario. Il trattamento può essere considerato come una specie di esperimento per valutare se la cura è in grado di fornire soluzioni più efficaci e soddisfacenti rispetto a quelle raggiunte con il disturbo dell'alimentazione.

3) Approccio multi-step

La CBT Multi-Step prevede diversi livelli di cura: l'intervento inizia sempre, salvo rare eccezioni di pazienti con grave instabilità medica, con la terapia ambulatoriale e poi, se non si verificano miglioramenti o prima se le condizioni mediche diventano instabili il paziente passa alla terapia in regime di ricovero. Il passo successivo al trattamento residenziale prevede la terapia ambulatoriale post-ricovero. Caratteristica peculiare e unica della CBT-MS è l'applicazione ad ogni livello di cura della medesima teoria di riferimento e delle stesse procedure terapeutiche. Ciò significa che a tutti i livelli di cura si usano i medesimi principi

e identiche strategie d'intervento, con un'ovvia maggiore intensificazione degli interventi con il progredire del livello di cura del trattamento.

REPARTO MALATTIE DELLA NUTRIZIONE CASA DI CURA "VILLA IGEA"

Il trattamento di riabilitazione ospedaliera presso il Reparto Malattie della Nutrizione nella Casa di Cura "Villa Igea" (convenzionato e accreditato con il SSN) fa riferimento alla teoria e terapia cognitivo comportamentale. Il programma di ricovero, appositamente studiato e strutturato per essere applicato a tutti i disturbi dell'alimentazione, prevede:

- una durata di 4 mesi
- un approccio a moduli, per trattare alcune problematiche psicologiche presenti soltanto in un sottogruppo di persone affette da disturbi dell'alimentazione
- la presenza di un'equipe multidisciplinare (medici, psicologi, infermieri professionali)
- modalità di intervento: alimentazione assistita, terapia individuale e di gruppo, incontri con i familiari, gruppi di cucina pratici, sedute di fisioterapia di gruppo, attività motorie, insegnamento tecniche di rilassamento, gruppi di attività alternative guidate e autogestite.

Con l'obiettivo di presentare il modello teorico sopradescritto, il 4 ottobre 2008 si è tenuto presso l'Hotel Sporting di Ancona il primo convegno organizzato dall'AIDAP sede Ancona sulla "Terapia Cognitiva Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione nella realtà marchigiana". Il convegno ha coinvolto oltre

che gli specialisti del settore anche chi (medici di medicina generale, ginecologi, pediatri) si trova ad affrontare in prima battuta, vista la peculiarità della propria specializzazione, pazienti affetti da DA. Abbiamo ritenuto indispensabile invitare come relatore il Dr Fulvio Borromei, presidente dell'Ordine dei Medici (provincia di Ancona), in quanto riteniamo fondamentale la collaborazione tra medici di medicina generale e gli specialisti per la cura dei disturbi alimentari. La professione del medico di medicina generale caratterizzata dall'assistenza continuativa globale personalizzata dei pazienti di ogni età e dei loro familiari fa sì che il medico sia un punto privilegiato di osservazione ed intervento sui disturbi dell'alimentazione e del peso. Uno dei principali problemi che affliggono il campo dei DA è il ritardo con cui viene effettuata la diagnosi. Tale ritardo può avere serie ripercussioni sulla storia naturale del disturbo perché più precocemente si inizia un trattamento maggiori siano le possibilità di successo. Il Dr Borromei ha infatti magistralmente esposto l'importanza che il MMG sviluppi conoscenze professionali e abilità tali da permettergli di diagnosticare tale patologia e che soprattutto sia in grado di individuare i casi sottosoglia per poter intervenire nel caso specifico. Grazie alla sua posizione il MMG funge da coordinatore nel progetto di cura tra i vari fattori: la famiglia, il soggetto interessato, gli specialisti. L'intervento di altri colleghi ha contribuito a mantenere un vivace dibattito ed un elevato livello culturale e scientifico e a sottolineare la necessità di confronto su queste tematiche tra più specialisti.



La preparazione alla pandemia influenzale nella Regione Marche

di Fiacchini D.*, Grilli G.***, Tagliavento G.***

* Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Servizio Igiene e Sanità Pubblica ZT 6 Fabriano

** Referente Malattie infettive e Vaccinazioni per la PF Sanità Pubblica del Servizio Salute, Componente del GORES e del Comitato Pandemico Regionale

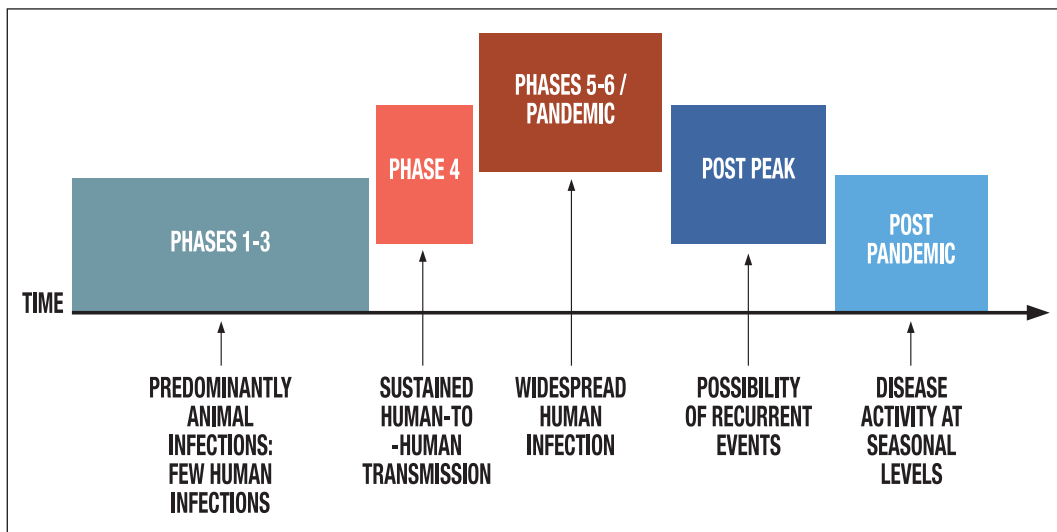
*** Dirigente della PF Sanità Pubblica del Servizio Salute Regione Marche, Coordinatore del Comitato Pandemico Regionale

La recente insorgenza del nuovo virus influenzale A/H1N1¹ è un evento che merita la massima considerazione da parte dei sistemi di sanità pubblica. I sistemi di sorveglianza registrano un costante incremento nel numero delle infezioni, oltre 50 Paesi nel mondo² hanno riportato casi di nuova influenza da virus A/H1N1 e si fa ogni giorno più pressante la necessità di attuare azioni di preparazione e risposta alla pandemia influenzale, per rallentarne la diffusione e ridurne l'impatto e le possibili conseguenze negative in termini di salute (complicazioni e mortalità). Il presente contributo ha lo scopo di riassumere le azioni di preparazione e risposta ad un'eventuale pandemia influenzale che sono state implementate nelle Marche negli ultimi anni.

BACKGROUND

I virus influenzali di tipo A possono essere considerati, a ragione, dei veri e propri "maestri della metamorfosi". Le frequenti mutazioni dei geni deputati alla codifica delle proteine virali di superficie, emoagglutina (H) e neuroaminidasi (N), sono responsabili dell'emergenza di nuove varianti virali e delle conseguenti comuni epidemie influenzali stagionali. Ad intervalli irregolari, pertanto imprevedibili, appaiono dei sottotipi virali completamente nuovi, risultato di ricombinazioni genetiche maggiori. Quando questi nuovi virus acquisiscono la capacità di infettare l'uomo e di trasmettersi da uomo a uomo, si hanno tutte le condizioni per l'insorgenza di una pandemia influenzale.

Figura 1. Fasi di allerta pandemica. WHO, 2009.



Fonte: WHO. Pandemic Influenza Preparedness and Response. April 2009

Le pandemie influenzali sono eventi rari, imprevedibili ma certi. Nel secolo scorso si sono verificati tre eventi pandemici: nel 1918-1919, nel 1957-1958 e nel 1968-1969. Sappiamo con certezza che nel prossimo futuro nuove pandemie influenzali si verificheranno. Non è possibile prevedere quale impatto avranno per la popolazione mondiale. Nel 1957 e nel 1968 gli eventi pandemici furono responsabili di un notevole eccesso di mortalità per influenza e polmonite. La pandemia del 1918 rappresentò uno dei peggiori eventi pandemici nella storia dell'umanità (dai 40 ai 100 milioni di morti stimati in tutto il mondo). Con l'emersione del nuovo virus influenzale A/H1N1, di fatto, abbiamo tutte le condizioni (infettività, trasmissibilità, assenza di difesa immunitaria nella popolazione) per la dichiarazione da parte dell'OMS della fase pandemica 6 (figura e box 1), in un tempo che potrebbe non essere lontano.

DALLE STRATEGIE ALL'OPERATIVITÀ: IL PERCORSO DELLA PREPARAZIONE ALLA PANDEMIA INFLUENZALE NELLA REGIONE MARCHE

Facendo seguito ai casi umani di influenza aviaria da H5N1, prevalentemente insorti nel sud-est asiatico dall'anno 1997, l'OMS decise di rafforzare l'allerta internazionale e nel 2005, con il documento *"WHO global influenza preparedness plan"* promosse la preparazione delle singole nazioni ad un'eventuale pandemia influenzale. Nel 2006 il Ministero della Salute, recependo le direttive internazionali, ha pubblicato il Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PPN)⁵.

Nel triennio successivo le Regioni e le Province autonome italiane sono state impegnate nella stesura dei piani pandemici regionali (PPR), previsti dall'Allegato A dello stesso PPN.

Box 1. Descrizione delle fasi di allerta pandemica. OMS, 2009.

Il recente documento "Pandemic Influenza Preparedness and Response"³, pubblicato dall'OMS nell'aprile 2009, è l'aggiornamento del piano denominato "WHO Global Influenza Preparedness Plan, The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics"⁴, pubblicato nel marzo del 2005.

Il nuovo documento, tra le altre cose, revisiona e raggruppa le fasi di allerta pandemica, definisce criteri oggettivi per la definizione delle singole fasi e per l'eventuale passaggio da una fase alla successiva:

Fase 1 - Nessun virus influenzale circolante tra gli animali è stato responsabile di infezioni nell'uomo.

Fase 2 - Un virus influenzale circolante tra gli animali domestici o selvatici è stato ritenuto responsabile di infezione nell'uomo.

Fase 3 - Un virus influenzale animale o umano riassortante ha causato casi sporadici o piccoli cluster di infezioni nell'uomo ma non c'è stata trasmissione interumana sufficiente a sostenere la diffusione del virus a livello comunitario.

Fase 4 - È stata verificata la trasmissione interumana di un virus influenzale animale o umano riassortante capace di diffondersi a livello comunitario.

Fase 5 - Lo stesso virus influenzale ha causato sostenute epidemie a livello comunitario in due o più Paesi della stessa regione OMS.

Fase 6 - In aggiunta al criterio definito per la fase 5 lo stesso virus ha causato epidemie a livello comunitario in almeno un altro Paese di un'altra regione OMS.

Il 27 aprile 2009, facendo seguito alla scoperta del nuovo virus influenzale H1N1, l'OMS ha dichiarato il passaggio dalla fase 3 alla fase 4; nei giorni successivi, considerata la sostenuta diffusione comunitaria dello stesso virus in Messico e USA, l'OMS ha dichiarato il passaggio dalla fase 4 alla successiva fase pandemica 5.

Tabella 1. Componenti del Comitato Pandemico Regionale, 2006-2009.

Susanna Balducci

Dipartimento Regionale Protezione Civile - Referente pianificazione emergenze sanitarie
susanna.balducci@regione.marche.it

Giovanni Bevilacqua

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione ASUR ZT 7 Ancona
giovanni.bevilacqua@regione.marche.it

Angelo Carfagna

Direttore del servizio veterinario Area "A" ASUR ZT 12 S. Benedetto
angelo.carfagna@sanita.marche.it

Davide Drenaggi

Dirigente Medico Clinica Malattie Infettive
cmalinf@univpm.it

Anna Duranti

Referente Osservatorio Epidemiologico Istituto Zooprofilattico Umbria - Marche
a.duranti@pg.izs.it

Daniel Fiacchini *

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASUR ZT 6 Fabriano
daniel.fiacchini@sanita.marche.it (Componente de facto dal novembre 2006 con ruolo di segreteria del CPR)

Fabio Filippetti

Coordinatore Osservatorio Epidemiologico Marche
fabio.filippetti@regione.marche.it

Gualtiero Grilli

Referente Malattie infettive e Vaccinazioni per la PF Sanità Pubblica, componente GORES e CPR
gualtiero.grilli@sanita.marche.it

Mariarita Mazzocanti

Responsabile Direzione Medica di presidio Ospedaliero ASUR ZT 9 Macerata
mrmazzocanti@asl9.marche.it

Elena Parisi

Medico Competente ASUR ZT 8 Civitanova Marche
elena.parisi@regione.marche.it

Riccardo Sestili

Responsabile della Centrale Operativa regionale del 118
118.ancona@ao-umbertoprime.marche.it

Giuliano Tagliavento

Dirigente PF Sanità Pubblica del Servizio Salute, Regione Marche - Coordinatore del CPR
giuliano.tagliavento@regione.marche.it

Roberto Tomarelli

Dirigente PF Veterinaria e Alimenti del Servizio Salute, Regione Marche
roberto.tomarelli@regione.marche.it

I Piani pandemici regionali sono piani strategico-operativi, che pongono enfasi nella sorveglianza virologica ed epidemiologica e che stabiliscono alcune indicazioni nella organizzazione delle principali attività di contenimento e rallentamento nella diffusione di un eventuale virus influenzale pandemico; le principa-

li misure di sanità pubblica da attivare in caso di pandemia influenzale sono di tipo farmacologico, come l'appropriato utilizzo dei farmaci antivirali e le vaccinazione di massa, e non farmacologico, come l'isolamento dei malati, la quarantena dei contatti, l'aumento delle distanze sociali (ad es. la chiusura delle scuole).

Nella Regione Marche, ancor prima che questi avvenimenti avessero luogo, è stata data priorità allo sviluppo della capacità di risposta sistematica ad eventi emergenziali per l'intera popolazione regionale. Per questo, con il DP-GR n. 49 del 17 febbraio 2004, è stato istituito il GORES (Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria), un gruppo interistituzionale di operatori sanitari e non, creato per far fronte alle problematiche connesse alla risposta nelle maxiemergenze.

Come primo risultato della costituzione del GORES, nel febbraio 2006, la Regione Marche ha pubblicato le *"Linee guida di sanità pubblica in caso di influenza aviaria"* ⁶. Nello stesso periodo è stato istituito il Comitato Pandemico Regionale (tabella), composto da operatori del GORES, con specifici compiti di progettazione e coordinamento delle attività previste dal piano pandemico nazionale nel territorio regionale. Nel novembre del 2007, con la DGR n. 1371, è stato deliberato il Piano regionale per la preparazione e il controllo di una pandemia influenzale ⁷.

Il 2008 è stato l'anno della preparazione ad un'eventuale pandemia influenzale a livello locale. La PF Sanità Pubblica della Regione Marche, in collaborazione con il Servizio Igie-

ne e Sanità Pubblica della Zona Territoriale 6 di Fabriano (ASUR Marche), ha prodotto, attraverso il coordinamento di 4 differenti gruppi di lavoro, uno schema utile per la stesura dei piani pandemici locali zonali e di azienda ospedaliera con lo scopo di guidare il territorio nella stesura di piani operativi omogenei su tutto il territorio regionale ⁸.

Alla data di stesura del presente contributo gran parte delle Zone Territoriali ASUR e delle Aziende Ospedaliere hanno presentato al Comitato Pandemico Regionale il proprio piano pandemico locale e tali piani, in attesa di rapida valutazione da parte del CPR, per il contingente susseguirsi degli eventi relativi all'insorgenza del nuovo virus A/H1N1, sono già considerati operativi. In ogni Zona Territoriale ASUR e Azienda Ospedaliera è stato istituito un Comitato Pandemico Zonale/Aziendale e per ogni Comitato Pandemico locale è stato identificato un coordinatore (tabella 2), un responsabile della comunicazione interna (per gli operatori sanitari e gli altri operatori impegnati nella preparazione e risposta alla pandemia influenzale) ed uno per la comunicazione con i media e la popolazione; è stata stabilita l'organizzazione locale per fare fronte all'eventuale pandemia, sono state identificate le

Tabella 2. Coordinatori dei Comitati Pandemici Zonali e Aziendali. Anno 2009.

Azienda	Nome	E-mail
AO Ospedali Riuniti Ancona	Nadia Storti	n.storti@ao-umbertoprime.marche.it
AO San Salvatore Pesaro	Giovanni Tassinari	g.tassinari@ospedalesansalvatore.it
INRCA Ancona	Serenella David	s.david@inrca.it
ASUR – ZT 1	Annarita Pelliccioni	annarita.pelliccioni@sanita.marche.it
ASUR – ZT 2	Giovanni Cappuccini	giovanni.cappuccini@sanita.marche.it
ASUR – ZT 3	Massimo Agostini	massimo.agostini@sanita.marche.it
ASUR – ZT 4	Giovanni Fiorenzuolo	giovanni.fiorenzuolo@sanita.marche.it
ASUR – ZT 5	Claudio Martini	claudio.martini@sanita.marche.it
ASUR – ZT 6	Daniela Cimini	daniela.cimini@sanita.marche.it
ASUR – ZT 7	Marco Morbidoni	marco.morbidoni@sanita.marche.it
ASUR – ZT 8	Tiziana Bentivoglio	tiziana.bentivoglio@sanita.marche.it
ASUR – ZT 9	Francesco Migliozi	francesco.migliozi@sanita.marche.it
ASUR – ZT 10	Fabio Filippetti	fabio.filippetti@sanita.marche.it
ASUR – ZT 11	Giuseppe Ciarrocchi	giuseppe.ciarrocchi@sanita.marche.it
ASUR – ZT 12	Sonia Impullitti	sonia.impullitti@sanita.marche.it
ASUR – ZT 13	Massimo Baffoni	massimo.baffoni@sanita.marche.it

Tabella 3. Diario delle azioni regionali intraprese dal 24 aprile 2009.**Data Azione regionale**

24.04.09	Attivati i primi contatti operativi tra i componenti del CPR.
25.04.09	Informativa telefonica da parte dei tecnici della Sanità Pubblica regionale all'Assessore alla Salute, Direttore Servizio Salute, Direttore Dipartimento Regionale Protezione Civile relativamente ai Comunicati ministeriali n. 149 e 150 del 24 e 25 aprile 2009.
27.04.09	Avvio delle procedure di allerta regionale e gestione del primo caso sospetto domiciliare segnalato da un MMG (test rapido presso SOD Virologia Ancona ed invio campioni all'ISS).
28.04.09	Riunione con i Direttori delle UU.OO. Malattie Infettive e Clinica Malattie Infettive Università Politecnica delle Marche.
29.04.09	Diffusione a tutte le strutture del SSR delle prime indicazioni ministeriali pervenute con Circolare ministeriale del 28 aprile '09.
29.04.09	Riunione con i Direttori SISP, i Coordinatori Comitati Pandemici Zonali e Aziendali e la SOD Virologia della Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona (laboratorio di riferimento regionale individuato con DGR 1371/07).
29.04.09	Effettuazione analisi scorte antivirali presenti nelle farmacie delle strutture del SSR (3000 dosi per 300 cicli complessivi di Oseltamivir di cui il 50% inviato dal Ministero della Salute nel 2006 ed il 50% acquistato dalla Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona per le esigenze ordinarie di terapia).
29.04.09	Redazione da parte della SOD di Virologia delle istruzioni per il prelievo di campioni naso faringei in casi sospetti da gestire a domicilio.
30.04.09	Riunione del Comitato Pandemico Regionale con validazione delle prime indicazioni operative.
30.04.09	Istituzione di un Gruppo di Lavoro regionale sull'acquisto e la valutazione del fabbisogno di Dispositivi di Protezione Individuale per il SSR.
30.04.09	Diffusione alle strutture del SSR delle prime indicazioni operative e delle istruzioni per i campionamenti in casi sospetti approvate dal CPR.
04.05.09	Diffusione a tutte le strutture del SSR delle indicazioni ministeriali pervenute con Circolare del 2 maggio '09.
05.05.09	Riunione di coordinamento del Servizio Salute con USMAF, Aeroporto, Capitaneria Porto, Prefetture, Dipartimento Regionale Protezione Civile, Centrale Operativa 118.
07.05.09	Riunione con i Referenti Zonali e Aziendali per la comunicazione alla popolazione.
07.05.09	Riunione con i Direttori SISP e Coordinatori CPZ/A.
11.05.09	Riunione del CPR.
11.05.09	Intervento alla riunione del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Ancona.
18.05.09	Attivazione sezione dedicata alla nuova influenza nel sito "Marche in Salute".
19.05.09	Riunione con Direttori Pronto Soccorso e Direttori DPO.
19.05.09	Attivazione Gruppo di Lavoro regionale sui criteri di Triage da utilizzare in caso di pandemia influenzale.
22.05.09	Attivazione del coordinamento per l'implementazione di azioni regionali di educazione sanitaria alla popolazione.
25.05.09	Istituzione di un sistema di allerta rapida mediante messaggistica telefonica attraverso la Sala Operativa della Protezione Civile.
28.05.09	Invio linee guida per l'attivazione di sistemi di sorveglianza epidemiologica nella regione Marche.

CPR=Comitato Pandemico Regionale; CPZ/A=Comitato Pandemico Zonale/Aziendale; DPO=Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero; SISP=Servizio Igiene e Sanità Pubblica; MMG=Medici di Medicina Generale; SSR=Sistema Sanitario Regionale

sedi di stoccaggio per farmaci antivirali e vaccini, i referenti locali per la gestione delle attività vaccinali (qualora un vaccino pandemico fosse disponibile) e i referenti locali per la gestione dei dispositivi di protezione individuale; si è infine provveduto alla pianificazione delle attività di assistenza ospedaliera e territoriale sulla base delle previsioni di impatto di un'eventuale pandemia, stabilite attraverso l'utilizzo del software FluSurge (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta).

PREPARAZIONE ALLA PANDEMIA NELLE MARCHE: I PROSSIMI PASSI

Le attività regionali svolte a seguito della comparsa del nuovo virus influenzale A/H1N1 sono riassunte nella tabella 3. Molte attività sono da migliorare e altrettante da attivare.

Nel breve termine sarà essenziale implementare azioni di informazione e educazione della popolazione. Nel sito internet regionale "Marche in Salute" saranno sviluppate sezioni dedicate alla popolazione e agli operatori sanitari. Nei primi giorni di giugno '09 il Comitato Pandemico Regionale incontrerà i Presidenti degli Ordini dei Medici per concordare, tra le altre cose, strategie utili nella comunicazione agli operatori sanitari. Per informazioni relative alla pianificazione e al coordinamento delle attività locali di preparazione e risposta alla pandemia influenzale ogni operatore sanitario può fare riferimento al Coordinatore del Comitato Pandemico della Zona Territoriale di appartenenza (vedi tabella 2).

Uno dei principali interventi che impegnerà la Regione Marche nei prossimi mesi sarà il coordinamento e la gestione delle attività vaccinali; fondamentale sarà l'individuazione dei soggetti appartenenti alle categorie prioritarie per la somministrazione del vaccino pandemico.

A lungo termine sarà essenziale il costante aggiornamento dei piani pandemici e la puntuale implementazione delle attività pianificate. Queste azioni sono l'unica possibilità perché un sistema sanitario come quello della Regione Marche sia in grado di far fronte ad una pandemia influenzale, con la possibilità di ridurre le negative conseguenze in termini sociali e sanitari.

PER SAPERNE DI PIÙ

- Sito web dell'Oms www.who.int/en
- Sito web dell'Ecdc www.ecdc.europa.eu
- Sito web dei CDC www.cdc.gov
- Sito web del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali www.ministerosalute.it
- Sito web della Regione Marche (Marche in Salute) www.marcheinsalute.it
- Sito web del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute www.epicentro.iss.it
- Sezione web del Lancet www.thelancet.com/H1N1-flu (con contenuti ad accesso gratuito)
- Sezione web del New England Journal of Medicine h1n1.nejm.org (con contenuti ad accesso gratuito)

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team, Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans. *N Engl J Med* 2009 0: NEJMoa0903810
2. WHO, Situation updates – Influenza A/H1N1, accessibile online al sito: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>
3. WHO, Pandemic Influenza Preparedness and Response, 2009
4. WHO, WHO Global Influenza Preparedness Plan, The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics, 2005
5. Ministero della Salute. Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una pandemia Influenzale. Accessibile online al sito: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf
6. Decreto del Dirigente della PF Sanità Pubblica N SAP 04 del 20.02.2006. Linee guida di sanità pubblica in caso di influenza aviaria. Accessibile online al sito: http://www.veterinariaalimentari.marche.it/template/1/allegati/linee_guida_sanita_pubblica_i.a.pdf
7. DGR 1371 del 26/11/2007. Piano Regionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale – Regione Marche. Accessibile online al sito: http://www.marcheinsalute.it/media/Files/9436_delibera_1371_del_26-11-2007.pdf
8. Servizio Salute – PF Sanità Pubblica Regione Marche. Schema i Piani Pandemici Locali, Febbraio 2009. Accessibile online al sito: http://www.epicentro.iss.it/regioni/marche/pdf/schema_stesura-pianopandemico_Marche.pdf

La pubblicità delle professioni sanitarie: che confusione!

di Federico Fabbri

In effetti negli ultimi 20 anni siamo stati bersagliati da una serie continua di cambiamenti legislativi che ci hanno veramente portato alla più completa confusione sul da farsi e su come rispettare le normative vigenti. Proviamo a fare ordine cronologico: prima del 1992 vigeva un grande liberalismo normativo, che però anziché aiutarci, aveva portato al caos, alla cattiva informazione e alle non verità con il risultato di screditarci di fronte all'utenza cui andava l'informazione. Ecco allora arrivare la legge 175 del 5\2\1992 con l'intento di regolamentare la materia in modo preciso disciplinato e se vogliamo anche meticoloso, prevedendo anche un codice sanzionatorio per i non rispettosi delle normative.

Probabilmente si era passati da troppa libertà procedurale, a troppa rigidità in un tempo molto ristretto. Il tutto aveva messo però noi Medici-Chirurghi ed Odontoiatri nella lodevole condizione di avere gli stessi diritti e doveri in tema di pubblicità e informazione sanitaria. Ci fu poi il decreto n. 657 del 16\9\94, poi altre modifiche, altre integrazioni, poi l'art. 201 TU, poi il D.L. n. 507 del 30\12\99!!! Alla fine di questo complicato percorso, finalmente sembrava fatta: c'era un preciso iter comportamentale molto completo e rigoroso che avrebbe permesso a tutti noi di poter essere in regola con la legge e al sicuro da problemi e segnalazioni.

Per circa 7 anni questo equilibrio, gradito a molti e non ben visto da altrettanti, comunque una regolamentazione ufficiale da seguire uguale per tutti, è rimasto in auge. Grazie a quanto detto sopra, l'informazione pubblicitaria in ambito sanitario, quindi la nostra immagine pubblicitaria, ne ha trovato giovamento e correttezza deontologica.

Ecco che a questo punto arriva il decreto prima, la legge n. 248 del 4\8\2006 poi (c.d. decreto-legge Bersani) la quale stabilisce (art.2 comma 1 lett. B e comma 3) quanto segue: è abrogato il divieto di svolgere pubblicità sanitaria informativa circa i titoli, le specializzazioni, le caratteristiche dei servizi offerti, i prezzi e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio, il cui rispetto sarà verificato dall'Ordine competente che vigilerà sull'osservanza delle regole di correttezza professionale affinché la pubblicità avvenga secondo criteri di chiarezza e verità delle qualifiche personali e di non equivocità, a tutela e nell'interesse dell'utenza.

Apparentemente una ennesima totale rivoluzione normativa, in pratica un piccolo cambiamento. Infatti l'unica vera fondamentale modifica è che non valendo più la 175\92 e le sue successive modifiche, è caduto anche il relativo regime sanzionatorio per i non rispettosi della legge. Attenzione però che quando il Ministero della Salute dice che la nuova disciplina sulla pubblicità è demandata agli Ordini cui compete vigilare in base al nuovo adeguamento delle norme deontologiche e dei codici di disciplina, in pratica si ricomincia tutto daccapo, solo con un nuovo sistema di controllo, vigilanza e sanzionatorio: il nuovo Codice Deontologico.

Ecco quindi che nel 2007 la FNOMCeO stabilisce le nuove linee guida inerenti l'applicazione degli art. 55-56-57 riguardanti la pubblicità e l'informazione sanitaria in ogni sua forma del codice di deontologia medica. Quindi prima bisognava rispettare la legge, ora gli articoli del Codice Deontologico. Alla luce di quanto sopra i Medici-Chirurghi e gli Odontoiatri oggi sono tenuti al rispetto delle linee guida della Federazione, comunicando all'Ordine competente il messaggio pubblicitario che si intende proporre tramite una dichiarazione di conformità del messaggio, degli strumenti e dei mezzi utilizzati alle norme deontologiche con una autocertificazione, oppure tramite una richiesta di valutazione preventiva da presentare all'Ordine di appartenenza sulla rispondenza della propria comunicazione pubblicitaria. Successivamente l'Ordine provvederà al rilascio di formale e motivato parere di rispondenza o non rispondenza deontologica. L'inosservanza di tutto ciò è punibile con le sanzioni comminate dagli organismi disciplinari previsti dalla legge.

A conclusione di questo viaggio tra leggi, normative, linee guida e altri doveri di vario genere, ricordiamoci sempre che il vecchio e nuovo paziente sa già molto di noi, ha già elaborato e superato le perplessità prima di prendere il telefono per fissare un appuntamento. I pazienti arrivano in ambulatorio per un meccanismo di passaparola e stima sociale. Ecco perché, anche se nella società moderna la pubblicità è diventata un mezzo potente capace di modificare usi e costumi e creare notorietà con un ritorno sia economico che valutativo, come ci insegnano gli esperti del settore, esiste e rimane una questione di stile comunicare con la pubblicità la più semplice e chiara possibile, la propria professionalità e competenza.

Congresso Regionale Pediatrico - Neonatologico

di M. Teresa Gaetti

Il 22 e 23 Maggio, presso il Centro Convegni dell'Hotel Federico II di Jesi, si è svolto il Congresso Regionale Pediatrico-Neonatologico organizzato dalla Sezione Marche della Società Italiana di Pediatria e dall'Unità Operativa di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale di Jesi. Dopo il caloroso saluto del Sindaco di Jesi, ha parlato il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona, Dott. Fulvio Borromei, il quale, esprimendo il proprio compiacimento per l'alto livello dei contenuti scientifici del Convegno, dichiarava la disponibilità dell'Ordine alle soluzioni delle problematiche assistenziali ed al rafforzamento dei rapporti fra la Classe sanitaria e le Istituzioni, collaborando al raggiungimento di una sana politica sanitaria.

Ha quindi preso la parola il Direttore della Zona Territoriale 5 dell'ASUR, dott. Ciro Mingione, che, nel sottolineare l'importanza del Congresso, ha fatto rilevare quanto sia fondamentale la vicinanza delle Istituzioni alla parte sanitaria e come sia giusto adoperarsi sempre di più alla realizzazione di una Sanità basata sui percorsi di cure e sui livelli di assistenza, ponendo il cittadino al centro del sistema.

La dott.ssa Maria Teresa Gaetti, in qualità di Presidente della Sezione Marche della Società Italiana di Pediatria, Società Scientifica a disposizione per ogni confronto e collaborazione per quanto riguarda la programmazione sanitaria regionale inerente l'età neonatale, pediatrica e adolescenziale, faceva presente come sia attiva nelle Marche la "Rete Regionale Pediatrica", istituita dal Servizio Salute della Regione. Tale Gruppo di Lavoro si sta adoperando, attraverso l'analisi della situazione e l'individuazione delle necessità, per riprogettare l'intero sistema sotto un'ottica di organizzazione trasversale tra Ospedale e Territorio, razionalizzando ed ottimizzando gli interventi per raggiungere quindi i risultati attesi.

E' stata quindi la volta della Dott.ssa Carla

Navone, Segretario della Società Italiana di Pediatria Nazionale, che ha presentato le attività intense della Società a livello nazionale per la salvaguardia della salute e dello sviluppo psico-fisico, nonché del rispetto dei diritti dell'infanzia.

La parte scientifica del Congresso si è articolata in cinque Sessioni, nelle quali i Relatori hanno brillantemente trattato argomenti che andavano dalle cause pre e post-natali del danno cerebrale, alla diagnostica ed al trattamento delle neurolesioni, dalla terapia delle malattie genetiche, metaboliche e da accumulo fin dall'epoca neonatale alle loro prospettive terapeutiche, compreso il trapianto.

Sono state effettuati anche aggiornamenti ed approfondimenti su alcune patologie neurologiche, sui disturbi del sonno, sul dolore e sulle vaccinazioni in età pediatrica e sono state apportate esperienze consolidate nell'ambito del follow-up del neonato a rischio neurologico.

Sono intervenuti Docenti di diverse università italiane, oltre a vari Pediatri Ospedalieri e Territoriali delle Marche.

Si riporta il programma del Congresso:

VENERDÌ 22 MAGGIO 2009

I SESSIONE

Presidente: Mario De Curtis (Roma)

Moderatori: Angelo Curatola (Jesi),

Paolo Francesco Perri (Macerata)

Cause prenatali di danno cerebrale

Andrea Luigi Tranquilli (Ancona)

Cause post-natali di danno cerebrale

Virginio Carnielli, Maria Paola Catalani (Ancona)

Meccanismi fisiopatogenetici dell'Encefalopatia ipossico-ischemica perinatale

Giuseppe Di Stefano (Catania)

Clinica e neurofisiologia del danno cerebrale nel neonato a termine

Fabrizio Ferrari (Modena)



II SESSIONE

Presidente: Mauro Stronati (Pavia)

Moderatori: Cesare Cardinali (Ancona),
Marinella Baroni (Jesi)

Il danno cerebrale neonatale dal punto di vista delle neuroimmagini

Luca Ramenghi (Milano)

Follow-up dei neonati a rischio neurologico

Francesca Gallini, Daniela Ricci (Roma)

Risultati di 30 anni di follow-up di neonati a rischio neurologico

Maria Teresa Gaetti, Francesca Rosati (Jesi)

III SESSIONE

Presidente: Nazzareno Filomeni (Urbino)

Moderatori: Vera Stoppioni (Fano),
Nicoletta Guastaferro (S.Benedetto del T.)

Segni clinici di sospetto delle Malattie metaboliche nelle diverse età pediatriche

Giovanni Valentino Coppa (Ancona)

Il trapianto ed altre prospettive terapeutiche nelle Malattie da accumulo

Orazio Gabrielli (Ancona)

Terapia sostitutiva nelle malattie metaboliche

Agata Fiumara (Catania)

IV SESSIONE

Presidente: Luciana Migliozi (Senigallia)

Moderatori: Laura Maria Olimpi (Ascoli Piceno),
Gabriele Ripanti (Pesaro)

Il bambino ipotonico

Giovanni Corsello (Palermo)

Attualità in tema di vaccinazioni

Arcangela Guerrieri (Falconara)

SABATO 23 MAGGIO 2009

V SESSIONE

Presidente: Carla Navone (Pietra Ligure)

Moderatori: Costantino Gobbi (Macerata),
Gianfranco Franchi (Fano)

I disturbi del sonno nel bambino:

inquadramento e possibilità di trattamento

Lorenzo Pavone (Catania)

Diagnosi differenziale dei disturbi del sonno con le forme epilettiche

Elisabetta Cesaroni, Stefania Cappanera,
Nelia Zamponi (Ancona)

Il pianto del neonato: aspetti relazionali

Arturo Giustardi (Napoli)

Il dolore nel bambino

Maria Teresa Gaetti, Enrico Gasparrini (Jesi)

In tale occasione si sono svolte anche le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pediatria della Regione Marche: il testimone della Presidenza è passato dalla dottoressa Maria Teresa Gaetti, Direttore dell'Unità Operativa di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale di Jesi e Responsabile Scientifico del Congresso, al dottor Paolo Francesco Perri, Direttore dell'Unità Operativa di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale di Macerata. Gli altri Membri del Direttivo eletti sono: Laura Maria Olimpi, PierFrancesco Gentilucci, Cristina Angeletti, Guastaferro Nicoletta, Lorenzo Tartagni e Monaldo Caferri.

I partecipanti sono stati numerosi (oltre 200): erano presenti quasi tutti i Pediatri della Regione e diversi Medici di Medicina Generale, Ginecologi, Infermieri ed Ostetriche. E' da segnalare l'ottima riuscita scientifica ed organizzativa del Congresso.

Le relazioni sono state veramente affascinanti ed hanno trascinato l'uditorio, creando un forte interesse ed entusiasmo. Ci auguriamo, con questo nostro grosso impegno, di aver contribuito ad un valido arricchimento culturale e ad una proficua formazione professionale per i partecipanti. Verranno anche pubblicati gli Atti.

La riforma delle scuole di specializzazione

di Paolo Garelli, Chiara Massaccesi, Gianmaria Mattioli

Rappresentanti dei medici in formazione specialistica dell'Osservatorio Regionale

Anche quest'anno il concorso per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione in Medicina e Chirurgia per l'A.A. 2008/09 è uscito con il solito ritardo. A rallentare le procedure, oltre ai numerosi rinvii della Conferenza Stato Regioni per la determinazione del fabbisogno nazionale dei medici in formazione specialistica, ha senz'altro contribuito l'attuazione del Decreto Ministeriale 01.08.2005, inerente il riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, da avviare per l'anno A.A. 2008/09.

Allo scopo di razionalizzare l'offerta formativa, tale decreto stabilisce che *"le Facoltà di Medicina e Chirurgia possono istituire e attivare una sola Scuola di Specializzazione per ciascuna tipologia. Per ciascuna scuola il numero minimo di specializzandi iscrivibili non può essere inferiore a 3 per anno di corso"* (Art.3, comma 4 del DM 01.08.2005). Per quest'anno tuttavia tale limite è stato fissato transitoriamente a due unità.

Per rispondere a tale requisito minimo le Scuole di Specializzazione *"possono essere istituite ed attivate anche in collaborazione con altre Facoltà di Medicina e Chirurgia di altre Università, al fine di assicurare una vantaggiosa utilizzazione delle risorse strutturali e del corpo docente, previa stipula di apposita convenzione. L'atto convenzionale individua la sede amministrativa della scuola, le risorse finanziarie, strutturali e di personale docente occorrenti al funzionamento della scuola stessa"* (Art.3, comma 5 del DM 01.08.2005).

A gennaio u.s. una nota del MIUR sollecitava i Rettori ad *"attivare apposite procedure per pervenire ad un convenzionamento con Atenei limitrofi"*, in modo che, pur assegnando i contratti ad una sola scuola, a decorrere dall'a.a. 2008/2009 le altre scuole convenzionate

avrebbero contribuito ad ampliare la rete formativa degli specializzandi in formazione. Si invitava inoltre ad indicare nell'accordo convenzionale a quale Università dovevano essere assegnati i contratti.

Il 31 marzo u.s. il MIUR ha emesso il Decreto Ministeriale con cui venivano avviate le procedure concorsuali per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione A.A. 2008/09, fissando le prove a partire dal 10 giugno prossimo, e pubblicando in allegato l'elenco delle Scuole attivate, con le Università capofila e le sedi federate, nonostante molte delle scuole interessate dalla riforma non fossero ancora pervenute alla stipula dei citati accordi convenzionali.

Dalle tabelle allegate al Decreto, risultava che tutte le 14 Scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona, che nell'anno precedente avevano ricevuto un unico contratto di formazione specialistica, erano state federate ad altre Università, per lo più appartenenti all'Emilia Romagna e in nessuna di tali federazioni l'Università Politecnica delle Marche era capofila. Le Scuole federate sono: *Allergologia e Immunologia Clinica, Anatomia Patologica, Chirurgia dell'Apparato Digerente, Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Dermatologia e Venerologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Microbiologia e Virologia, Neurochirurgia, Patologia Clinica, Reumatologia e Scienze dell'Alimentazione.*

Nonostante circolassero da tempo notizie ufficiali discordanti sull'effettivo accorpamento delle scuole a partire dall'A.A. 2008/09, in una seduta del Consiglio di Facoltà precedente l'uscita del DM 31.03.2009, i Rappresentanti di Studenti e Specializzandi avevano chiesto di poter partecipare ai lavori in previ-

sione dei cambiamenti apportati dal riassetto delle scuole, ma le loro richieste sono rimaste inascoltate, come se l'ipotesi di una reale ed imminente attuazione della riforma fosse ancora lontana.

Nel giro di pochi giorni invece il MIUR ha dato il via alle modifiche previste dal DM del 2005, fornendo una settimana di tempo ai vari Atenei per l'emanazione dei bandi di concorso.

I Rappresentanti degli Specializzandi e degli Studenti hanno quindi convocato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, un'assemblea straordinaria per discutere degli effetti del decreto.

L'Università Politecnica delle Marche ha perso quest'anno la direzione di 14 scuole su un totale di 34, ma il prossimo anno l'accorpamento coinvolgerà anche le altre 9 scuole con meno di tre iscritti all'anno, che attualmente sono *Ematologia, Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Geriatria, Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, e Urologia*, portando il numero delle Scuole di Specializzazione che rimarranno attive sotto la direzione dell'Univpm dalle attuali 34 ad 11.

Analizzando l'elenco delle federazioni costituite dal Ministero, sono emerse alcune incongruenze, derivanti da una disomogenea applicazione del DM nei riguardi di diversi Atenei. Sono state fatte delle eccezioni per alcune Facoltà e per i Mega-Atenei, ai quali è stato permesso di mantenere un solo contratto di formazione per anno. Il decreto inoltre prevede deroghe per tutte le scuole afferenti ad Università private, pur essendo queste assegnatarie dei contratti statali. In altri Atenei, invece, molte scuole sono state risparmiate dall'accorpamento grazie all'assegnazione per l'AA 2008/09 del numero minimo di due contratti, anziché uno solo come nell'anno precedente. Non essendo chiara la modalità di convenzionamento tra scuole, non è noto nemmeno quale sia stato il criterio per la designazione dell'Università capofila. Resta ancora da chiedersi se tale scelta sia stata guidata da un vero criterio meritocratico, ossia se all'interno della federazione la scuola capofila sia quella real-

mente dotata di una sana superiorità in termini di capacità formativa, attività di ricerca e didattica, qualità delle strutture universitarie-ospedaliere, dimostrando così la propria eccellenza.

Inoltre, mancando ad oggi un regolamento delle scuole federate, non sappiamo ancora quale sarà il percorso formativo dello specializzando all'interno della federazione, né come e dove esso si svolgerà, dal momento che è stata prospettata la possibilità che il medico in formazione debba trasferirsi da una sede all'altra per lo svolgimento di alcune attività didattiche.

Tutti questi cambiamenti attuati dal ministero in tempi così rapidi, senza nessuna certezza sul percorso formativo dei giovani medici, ha creato inevitabilmente ai neo-laureati aspiranti specializzandi un forte disagio, che si va a sommare a quello legato ad un indecoroso ritardo nell'avvio del concorso per l'accesso alla specializzazione.

Va sottolineato inoltre che chi aveva già fatto delle scelte in funzione delle proprie attitudini e aspirazioni professionali, scegliendo un certo tipo di tesi, frequentando determinati corsi di didattica opzionale, effettuando l'internato volontario nel reparto della scuola, in modo da arricchire il proprio curriculum, ha visto tutto questo vanificarsi dal momento che l'esame di ammissione per ciascuna delle scuole federate avrà sede presso un'Università capofila - diversa da quella di Ancona - dove verranno adottati criteri di valutazione dei titoli diversi da quelli fino ad ora validi nel nostro Ateneo. Tutto questo, a poche settimane dall'espletamento del concorso.

Molti studenti, già dal prossimo anno, potrebbero decidere di conseguire la Laurea presso un'altra Facoltà, in modo da completare nello stesso Ateneo l'intero percorso formativo, dal momento che quello marchigiano non garantisce più tutti gli sbocchi professionali di cui poteva vantarsi fino allo scorso anno.

E' auspicabile la creazione di una rete formativa tra più sedi che consenta al medico in formazione specialistica di acquisire un ampio ventaglio di conoscenze e competenze, ma allo stesso tempo riteniamo che alcune realtà

regionali debbano essere salvaguardate, così come ribadito dal Rettore in occasione dell'inaugurazione dell'A.A. 2008/2009 circa l'importanza per ciascun sistema regionale *"della massima autonomia"* delle scuole di specializzazione anche ai fini di una programmazione sanitaria.

La perdita della direzione delle scuole di specializzazione, rischia oggettivamente di ridurre il prestigio di tutto l'Ateneo marchigiano ed in particolare, della nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia, che fino ad oggi si è distinta tra le Facoltà Italiane più virtuose, e potrebbe costituire una perdita in termini di crescita scientifica e culturale, non solo per l'Ateneo marchigiano ma per tutta la regione Marche, ridimensionando l'eccellenza della nostra sanità regionale.

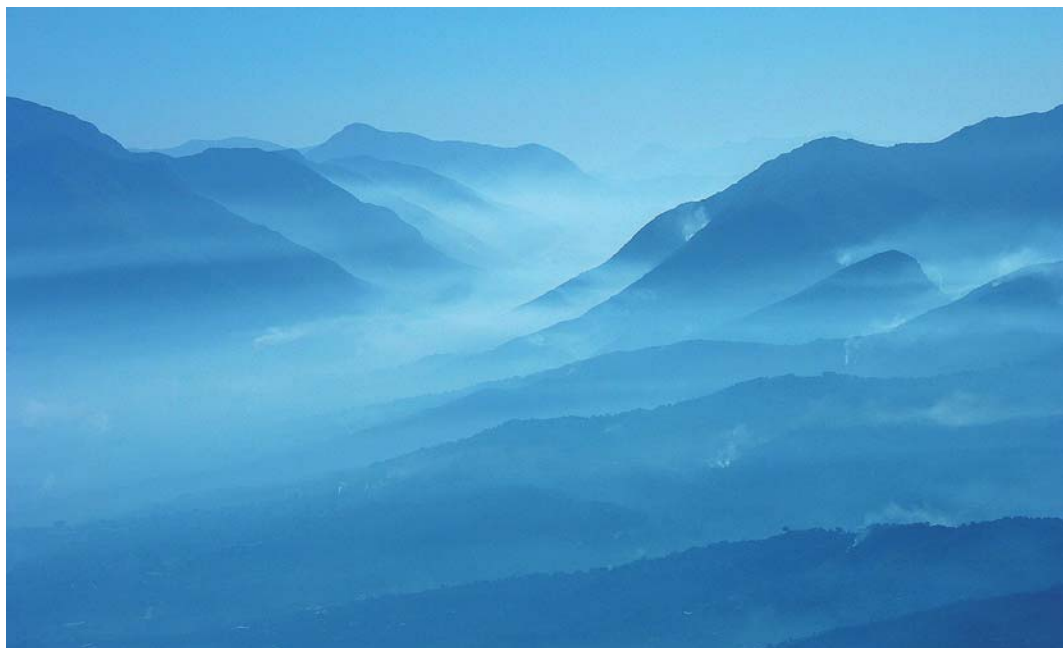
Tutti questi argomenti sono stati discussi il 16 aprile u.s. in occasione di una conferenza stampa che si è tenuta presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, in cui i Rappresentanti degli Specializzandi e degli Studenti hanno chiesto al Presidente della Regione Marche, al Rettore dell'Università Politecnica delle Marche, al Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e ai Direttori delle Scuole di Specializzazione come mai la nostra regione abbia

avuto un peso così scarso e se, in Conferenza Stato-Regioni o nelle altre sedi istituzionali preposte, sia stato fatto abbastanza per evitare il grave danno e disagio derivato da questa riforma.

La risposta del nostro Ateneo è stata quella di impugnare, insieme all'Università Magna Grecia di Catanzaro, che ha subito la perdita di 16 scuole di specializzazione, il decreto del 31.03.2009 con un ricorso al TAR di cui ancora si attende l'esito.

Come abbiamo già sottolineato più volte, rimarchiamo ancora una volta che l'Osservatorio Regionale, organo designato per legge (L.368/99) a vigilare sulla qualità della formazione dei medici in formazione specialistica, i cui rappresentanti sono stati eletti a luglio 2008, ad oggi non è stato mai convocato per mancanza della determina regionale necessaria alla sua attivazione.

Riteniamo che ogni tentativo di riforma deve avere come obiettivo non soltanto quello di una razionalizzazione in termini di risorse economiche e amministrative, ma deve anche accompagnarsi ad una reale verifica e miglioramento della qualità dell'offerta formativa e dei percorsi didattici dei medici in formazione specialistica.



Recupero retribuzioni e contribuzioni frequenza scuole di specializzazione

di Claudio De Feo

La problematica in oggetto trae la propria fonte normativa dalla direttiva 76/362/Cee del 16 giugno 1975 (direttiva di riconoscimento), concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati e altri titoli di medico e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e libera prestazione dei servizi, e dalla direttiva 75/363/Cee del 16 giugno 1975 (direttiva di coordinamento) concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per le attività di medico.

Dette direttive sono state, poi, modificate dalla successiva 82/76 del 26 gennaio 1982 (ulteriormente aggiornata nel 1993) recepita, con ritardo, solo con il Dlgs 8 agosto 1991 n. 257 che determina diritti e obblighi dei medici che frequentano una scuola di specializzazione (articolo 4), prevede l'erogazione di una borsa di studio in loro favore (articolo 6), ma limita l'applicazione delle sue disposizioni a decorrere dall'anno accademico 1991/92.

Il ritardo dello Stato italiano nella trasposizione della direttiva 82/76/Cee venne accertato dalla Corte di giustizia con sentenza del 7 luglio 1987, in causa C-49/86, Commissione/Italia, che statui che il termine fissato agli Stati membri per l'adozione delle misure necessarie a conformarsi al contenuto della direttiva scadeva il 31 dicembre 1982.

Per completezza è necessario rappresentare che, oltre dal Dlgs 257/1991 la materia in questione risulta disciplinata dalla legge 19 ottobre 1999 n. 370 e dal decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368 che ha recepito la direttiva 93/16/Cee e ha, a sua volta, riunito le varie disposizioni in materia riordinandole in un testo unico, i cui articoli 34 e seguenti disciplinano ex novo la formazione dei medici

specialistici, ma prevede che le norme riguardanti la remunerazione (articoli 37-42), si applicano soltanto a decorrere dall'entrata in vigore di un apposito provvedimento legislativo (articolo 46, comma 2). Il decreto legge 2 aprile 2001 n. 90 convertito poi dalla legge 8 maggio 2001 n. 188 recante ulteriore finanziamento delle borse di studio per la formazione dei medici specialistici per l'anno accademico 2000/2001, ha statuito all'articolo 2 che le disposizioni sulla remunerazione previste dal Dlgs 368/1999 trovano applicazione a decorrere dal 4 aprile 2001.

Il quadro normativo sino al 2005 - La direttiva 82/76 consentiva agli Stati membri di recepire le prescrizioni comunitarie (sia con riferimento alla disciplina amministrativa di organizzazione e di ammissione degli aspiranti ai corsi, sia con riguardo alla quantificazione dell'adeguata remunerazione) fino al 31 dicembre 1983.

Il ritardo nell'applicazione di detta disciplina da parte dello Stato italiano è stato accertato dalla Corte di giustizia con sentenza del 7 luglio 1987, in causa C-49/86 Commissione/Italia. Le direttive comunitarie in esame sono state recepite soltanto con il decreto legislativo 8 agosto 1991 n. 257.

Il provvedimento normativo, oltre a dare corpo alla disciplina amministrativa necessaria all'organizzazione dei corsi, ha difatti sancito, all'articolo 6, che i medici specializzandi che effettuano attività di formazione hanno il diritto di godere di una borsa di studio che, per il 1991, è stata quantificata in una somma pari a lire 21.500.000 annuali lorde da corrispondersi in rate bimestrali; tale somma, per gli anni successivi, sempre ai sensi dell'articolo 6, avrebbe dovuto essere automaticamente rivalutata in base al tasso programmato di inflazione.

L'articolo 8, comma 2, del Dlgs 257/1991 (norma finale) ha poi stabilito che il diritto di percepire la borsa di studio, così come identificato all'articolo 6, dovesse essere riconosciuto solo ai medici specializzandi iscritti agli anni accademici a partire dal 1991-1992.

Suddetta disposizione ha così, di fatto, privilegiato coloro i quali erano stati ammessi alle scuole di specializzazione nel periodo compreso tra il 1982 e il 1991, limitando l'applicazione delle disposizioni contenute nelle direttive a decorrere dall'anno accademico 1991/1992.

La giurisprudenza della Corte di giustizia - Il recepimento non corretto delle direttive, ha comportato, successivamente, una seconda pronuncia della Corte di giustizia che, con sentenza datata 25 febbraio 1999, nella causa C-131/97 Carbonari, ha statuito che l'articolo 2, n. 1, lett. c), nonché il punto 1 dell'allegato alla direttiva di coordinamento, come modificata dalla direttiva 82/76, andavano interpretati nel senso che:

- a) l'obbligo di retribuire in maniera adeguata i periodi di formazione dei medici specialisti si impone solo per le specializzazioni mediche comuni a tutti gli Stati membri o a due o più di essi e menzionate negli articoli 5 e 7 della direttiva di riconoscimento;
- b) tale obbligo è incondizionato e sufficientemente preciso nella parte in cui richiede che la formazione del medico specialista si svolga a tempo pieno e sia retribuita (quale condizione per avvalersi del sistema di reciproco riconoscimento);
- c) detto obbligo non consente però al giudice nazionale di identificare il debitore tenuto a versare la remunerazione adeguata, né il suo importo;
- d) il giudice nazionale è comunque tenuto, quando applica disposizioni di diritto interno precedenti o successive a una direttiva, a interpretarle quanto più possibile, alla luce della lettera e dello spirito della direttiva stessa.

Suddetti principi sono stati ribaditi nella sentenza 3 ottobre 2000 in causa C-371/97, Gozza, nella quale fu ulteriormente precisato che:

- a) l'obbligo della retribuzione adeguata attiene a periodi di formazione tanto a tempo pieno quanto a tempo parziale;
- b) l'obbligo si impone solo se le condizioni di formazione, sia a tempo pieno che ridotto, sono rispettate dai medici specializzandi.

La Corte richiamando la sua precedente giurisprudenza, ebbe inoltre a sottolineare che: il giudice nazionale è tenuto, in primis, a fare conseguire il risultato della direttiva inattuata (o non esattamente attuata) mediante un'interpretazione adeguatrice delle norme nazionali; spetta quindi al giudice nazionale accertare se l'importo della remunerazione adeguata e l'istituzione tenuta al pagamento possano essere determinati sulla base dell'insieme delle disposizioni del diritto interno;

solo ove ciò non sia possibile andrà riconosciuta ai singoli la facoltà di agire per il risarcimento del danno - peraltro - quando ricorrano le seguenti condizioni:

- a) la norma conferisca diritti ai singoli;
- b) la violazione sia grave e manifesta;
- c) sussista nesso di causalità fra la violazione dell'obbligo incombente sullo stato e il danno lamentato.

Viene richiamato il principio della prevalenza dell'ordinamento comunitario su quello interno e l'indirizzo giurisprudenziale che afferma la responsabilità patrimoniale dello Stato che omette di dare attuazione, nei termini previsti, alla normativa comunitaria attributiva di posizioni di vantaggio ai singoli.

Emerge dunque dalle sentenze della Corte di giustizia un chiaro indirizzo per l'applicazione delle misure di attuazione della direttiva, vuoi sub species di interpretazione adeguatrice,

vuoi sub species di risarcimento del danno in forma specifica; il risarcimento del danno per equivalente, invece, rappresenta l'extrema ratio per il ristoro di quei pregiudizi che l'una o l'altra forma di tutela da accordare in via principale non siano stati in grado di assicurare.

Si tratta, in ogni caso, dei principi già affermati nella nota sentenza della Corte di giustizia 19 novembre 1991, in cause riunite C-6/90 e C-9/90, Francovich, punto 46.

A questo riguardo la Corte precisò che una possibile forma di risarcimento del danno consisteva nell'applicazione retroattiva e completa delle misure della direttiva 82/76, a condizione che la direttiva risultasse regolarmente recepita: in ogni caso il risarcimento del danno doveva essere adeguato, sicché, nonostante l'applicazione retroattiva delle misure di attuazione della direttiva, i beneficiari potevano sempre dimostrare di avere subito danni ulteriori per non avere potuto fruire dei vantaggi pecuniari garantiti dalla normativa comunitaria, suscettibili, anch'essi, di risarcimento.

Il contenzioso innanzi ai giudici italiani - Dalla ritardata e imprecisa attuazione delle sopra richiamate direttive comunitarie è derivato, per logica conseguenza, un vasto contenzioso anche in sede di giurisdizione nazionale (ordinaria e amministrativa).

Sul piano generale, si allude alle azioni promosse dai medici specializzandi iscritti ai corsi di specializzazione in anni precedenti al 1991 e successivi al 1983.

L'assunto principale posto alla base delle domande muoveva dall'obbligo incombente sullo Stato italiano, di predisporre e prestare ai medici specializzandi un'adeguata remunerazione a partire dal 1983, disatteso a lungo, fino 1991 e, peraltro, ottemperato con ingiusta limitazione temporale.

In linea del tutto astratta e generale, le impostazioni processuali dispiegate risultano sussimili nell'alveo di due moduli alternativi:

- una prima serie di domande ha difatti inteso perseguire il diritto agendo direttamente per il riconoscimento della posizione derivante dalla norma comunitaria, previa disapplicazione del diritto interno, nella parte in cui frapponeva alla piena esplicazione della situazione giuridica soggettiva in esame una limitazione temporale. A livello strategico processuale, tale via è stata (per lo più) azionata in sede di giurisdizione amministrativa, mediante impugnazione degli atti di diniego espresso o di silenzio significativo da parte delle amministrazioni, a fronte della richiesta di corresponsione della borsa di studio da parte dei medici specializzandi;
- una seconda via percorsa dalle domande avanzate in subjecta materia si è caratterizzata come tradizionale azione per il risarcimento del danno, avanzata in sede di giurisdizione ordinaria; assumendo come canoni di ragionamento quelli fatti propri dalla Corte di giustizia a partire dalla sentenza resa nell'ormai celebre caso F. (Corte di giustizia, sentenza 19 novembre 1991, cause C-6 e C-9/1990), sono state proposte azioni per il risarcimento dei danni derivanti dal tardivo recepimento della normativa comunitaria.

Orbene, da un esame rapido della giurisprudenza, svolto più con riferimento all'autorità giurisdizionale adita che con riguardo alla qualificazione giuridica della posizione vantata, può rilevarsi che le istanze degli aspiranti a godere della borsa di studio hanno, talora, trovato accoglimento in sede giurisdizionale amministrativa. Beninteso, anche la giurisdizione ordinaria, quando è stata chiamata a rendere decisioni in casi come quello in esame non ha dato soluzioni univoche. In alcuni casi, infatti, è stato riconosciuto il diritto al risarcimento del danno in conseguenza dell'illegittimo ritardo dello Stato italiano nell'opera di attuazione della direttiva comunitaria (Cassazione 16 maggio 2003 n. 7630); in altri casi, invece, è stato ritenuto che il risarcimento non sia dovuto in considerazione della libertà, di carattere eminentemente politico, di cui il legisla-

tore nazionale comunque gode in materia; la libertà del legislatore si connoterebbe con ampiezza tale da non potere riconoscere, in capo ai cittadini, posizioni soggettive di vantaggio suscettibili di ristoro di carattere patrimoniale (Cassazione 1° aprile 2003 n. 4915).

Dopo le norme sopra richiamate si è comunque giunti alla legge n. 266/2005, che disponeva l'entrata in vigore di tali norme, a decorrere dall'anno accademico 2006/2007.

Con successivo DPCM del 7 marzo 2007, veniva stabilita in € 22.700,00 la parte fissa della remunerazione degli specializzandi, ed in euro 2.300,00 la parte variabile.

Il tardivo e parziale recepimento delle norme europee, oltre a tradursi in una palese quanto illegittima disparità di trattamento, ha prodotto un grave danno anche ai medici che hanno frequentato le scuole di specializzazione tra l'a.a. 1994/95 e l'a.a. 2005/2006.

Gli specializzandi inclusi nella fascia sopra indicata si sono così visti erogare una retribuzione praticamente dimezzata rispetto a quella prevista dal suddetto DPCM, attuativo della Direttiva in questione, e privati del versamento dei contributi previdenziali.

Tutto ciò appare ancora più grave ove si consideri che i medici specializzandi, in base all'art. 1 del Dlgs n. 257/91, erano comunque tenuti ad una frequenza "a tempo pieno", ed era precluso agli stessi lo svolgimento di qualsiasi altra attività professionale (art. 5).

E' evidente pertanto come l'attività svolta da tali medici specializzandi risultava soggetta agli stessi oneri e limiti dell'attività dei medici, che hanno svolto la specializzazione dopo l'emanazione del citato DPCM.

Ne consegue pertanto che l'omesso versamento dei contributi previdenziali, ed il minor livello retributivo previsto ed erogato a detti medici, siano da ritenere lesivi dei diritti e degli interessi degli stessi.

Va peraltro aggiunto che il diritto dei medici in questione al versamento dei contributi previdenziali trova ulteriore fondamento nel fatto che il rapporto tra lo specializzando e l'ente presso cui si svolge la specializzazione, si configura quale contratto di formazione e lavoro, come ha avuto modo di riconoscere la stessa giurisprudenza, secondo cui "i partecipanti alle scuole di specializzazione hanno con l'amministrazione un rapporto di formazione e lavoro e percepiscono una remunerazione che assume i connotati di una vera e propria retribuzione". (Consiglio di Stato, 2002)

A tal proposito si rammenta come l'art. 3, comma 6, L. n. 726/84, sottopone i contratti di formazione e lavoro all'obbligo della contribuzione previdenziale.

Peraltro, la stessa giurisprudenza ha ritenuto che "Il rapporto fra lo specializzando e l'ente gestore della scuola ... è assimilato ad un rapporto di lavoro subordinato" (TAR Umbria 2001).

Come si può constatare quella dei medici che si sono specializzati è una storia oramai di lunga data, che ogni tanto vive di nuovi episodi. Le cose sono un po' più complicate, ed è bene esserne consapevoli prima di prendere qualsiasi decisione.

In primo luogo sono oramai anni che vengono presentati in Parlamento progetti di legge che vogliono sanare la questione, ma invariabilmente questi progetti rimangono "insabbiati" nelle aule parlamentari a causa, com'è evidente, della difficoltà a trovare la copertura economica per una tale sanatoria.

Non resta, quindi, che la via del ricorso legale, ma in questi anni si è assistito a decine di pronunce da parte dei più vari organi della magistratura (Tribunali, Corti d'Appello, TAR, ecc.) di segno spesso contrastante e non univoco.

Il problema fondamentale è la prescrizione del diritto ad otterere il risarcimento del danno che alcune sentenze fissano in cinque anni dall'entrata in vigore della Legge del 1991 di recepimento delle direttive comunitarie.

Al riguardo essa può essere quindi sollevata nei confronti dei medici che si sono specializzati più di cinque anni fa.

Vero è che in passato i giudici hanno dato ragione ai medici, ma ciò è spesso avvenuto solo perchè l'Avvocatura dello Stato ha dimenticato di costituirsi in giudizio e di eccepire la prescrizione.

L'eccezione non vale comunque per i diritti degli ultimi 5 anni o non prescritti a seguito di lettere interruttive della prescrizione.

E' vero tuttavia che la giurisprudenza della Corte di Giustizia ha avuto modo di rilevare che finché una direttiva non è stata correttamente trasposta nel diritto nazionale, i singoli non sono in grado di avere piena conoscenza dei loro diritti.

Ne deriva che, fino al momento dell'esatta trasposizione della direttiva, lo Stato membro inadempiente non può eccepire la tardività di un'azione giudiziaria avviata nei suoi confronti da un singolo al fine della tutela dei diritti che ad esso riconoscono le disposizioni di tale direttiva, e che un termine al ricorso nazionale può cominciare a decorrere solo da tale momento".

Se in proposito si prende a riferimento il

DPCM 7 marzo 2007 si potrebbe quindi validamente sostenere che la prescrizione non può iniziare a decorrere prima della data di emanazione di tale DPCM.

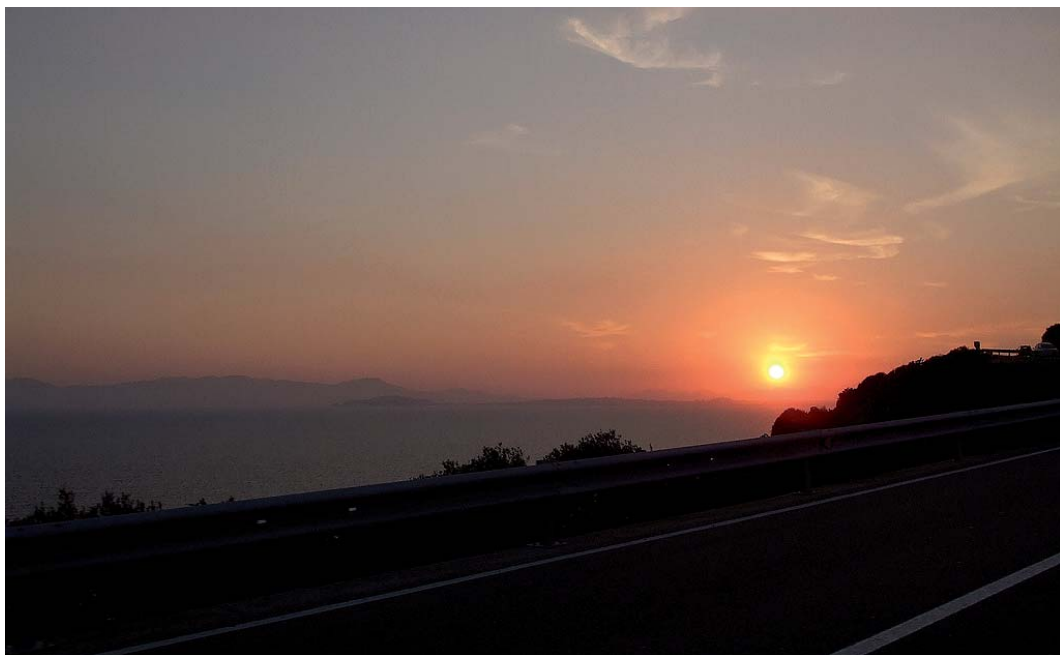
Occorre in ogni caso ricordare che:

- le sentenze (anche se provvisoriamente esecutive) sono comunque soggette ad appello;
- i tempi della giustizia, com'è ben noto, sono lunghi e soggetti a tre gradi di giudizio;
- aderire ad un ricorso collettivo non aggiunge nulla ad un eventuale ricorso promosso singolarmente, (la "class action" attualmente non è operativa).

I medici e gli odontoiatri sono quindi invitati a valutare serenamente e consapevolmente i pro e i contro di una azione legale, senza cedere a facili illusioni.

Chi scrive offre la propria disponibilità in proposito.

Ritengo che la somma di € 700,00 oltre 20% di I.V.A. e 2% Contributo Previdenza possa ritenersi congrua quale compenso da versare all'atto della proposizione del ricorso, oltre al 10% delle somme che verranno eventualmente riconosciute.



medici &medici



www.ordinemedici.ancona.it
segreteria@ordinemedici.ancona.it