

**Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo**



EDITORIALE

TEMI DI APPROFONDIMENTO

MEDICINA E SOCIETÀ

IL CASO CLINICO

STORIA DELLA MEDICINA IN AREZZO

HANNO DETTO

LEGGI · DECRETI · CIRCOLARI

Il Cesalpino

Aprile 2005

Nuova serie · Anno 4° Numero 10

SOMMARIO

EDITORIALE

- RICETTE FACILI O SANITÀ SOTTOFINANZIATA? 1

TEMI DI APPROFONDIMENTO

- MALATTIE ENDOCRINE E CELIACHIA 3
- VAPORIZZAZIONE FOTOSELETTIVA DELLA PROSTATA CON LASER KTP 80 W:
DUE ANNI DI ESPERIENZA IN ITALIA 5

MEDICINA E SOCIETÀ

- LE INGIUSTIZIE PIÙ INGIUSTE
INFANZIA, AMBIENTE, SALUTE NEL TEMPO DEL SAPERE E DELLA GUERRA 6
- APPUNTI PER UN INTERVENTO SULL'EUTANASIA DAL PUNTO DI VISTA DI UN LAICO 10

IL CASO CLINICO

- AVVELENAMENTO DA MORSO DI VIPERA
PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO 16

STORIA DELLA MEDICINA IN AREZZO

- LA PEDIATRIA NEL DECENNIO 1938-'47 19

HANNO DETTO

- LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER MEDICI E ODONTOIATRI
"LA GESTIONE DELL'ERRORE -VERO O PRESUNTO- IN MEDICINA" AREZZO 04-10-2003 23

LEGGI · DECRETI · CIRCOLARI FNOMCEO E ENPAM

- COMUNICAZIONE N. 8 DELL'8 FEBBRAIO 2005 28
- CIRCOLARE N. 4/E 30
- RIEPILOGO DA: LA SETTIMANA FISCALE - N. 8 - 24-02-2005
INTERPRETAZIONE DELLA CORTE DI GIUSTIZIA · AGENZIA DELLE ENTRATE 44
- *INSERTO CENTRALE*
LEGGE 24 NOVEMBRE 2003, N. 326 I
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE - DECRETO 30 GIUGNO 2004 IV
LA NUOVA RICETTA UNIFICATA - GUIDA RAPIDA VII

IL CESALPINO

- **Comitato Editoriale e Redazionale**
Consiglio provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
Presidente: Raffaele Festa
- **Direttore Responsabile**
Roberto Romizi
- **In Redazione**
Donato Angioli, Alberto Cinelli, Lucia Lenzi, Rossella Nassi,
Piero Pieri, Michela Rinaldini
Coordinatore Redazionale: Cesare Maggi
- **Segreteria Redazionale**
Paola Bidini e Marco Cerofolini
C/O Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134 · 52100 Arezzo
Tel. 0575 22724 · Fax 0575 300758
e-mail: chirurgi@omceoar.it
sito web: www.omceoar.it

EDITORIALE

RICETTE FACILI O SANITÀ SOTTOFINANZIATA?

Ricorre ciclicamente, ma anche sistematicamente, nei confronti dei medici, l'accusa di eccesso di prescrizioni. I nostri governanti non perdono occasione per rilanciare questo luogo ormai comune, abusato e forse anche un tantino noioso. È accaduto recentemente anche in un confronto tra il Ministro della Salute ed i vertici di Farmindustria, ove il responsabile della sanità non ha perso l'occasione di muovere le solite accuse ai medici spreconi, dalla ricetta facile, condizionati dagli interessi delle aziende. Si tratta della solita querelle, di un disco rotto già ascoltato innumerevoli volte. Premesso che non è corretto sparare nel mucchio dal momento che la stragrande maggioranza dei medici si comporta con la massima correttezza ed esemplare onestà intellettuale, è forse utile tentare di sviscerare a fondo il problema, onde evitare che nell'immaginario collettivo si crei una falsa immagine di medici dalla ricetta facile. Sappiamo tutti, politici compresi, che non è così. La spesa farmaceutica, meglio sarebbe dire la spesa complessiva della sanità, è in costante crescita in tutta l'Europa ed anche oltreoceano. Non sono stati individuati per ora efficienti sistemi correttivi, nonostante gli innumerevoli tentativi messi in atto. Nel nostro paese, sappiamo già che gli 88,2 miliardi di euro previsti nella finanziaria 2005 non saranno sufficienti e si prevede uno scoperto di almeno 6,1 miliardi di euro, destinati a crescere negli anni futuri, come è stato affermato in una recente indagine dell'Università di Tor Vergata (Rapporto CEIS Sanità 2004). Questo dato fa risaltare, in chiara evidenza, un dato di fatto storico, quale è quello della sottostima del finanziamento del S.S.N. È una causa, anzi la prima causa, della crisi del sistema e delle enormi difficoltà gestionali, che si ripercuote necessariamente anche sulla spesa farmaceutica che, si noti bene, è l'unico capitolo della spesa globale, che ha il tetto prefissato del 13%. Un tetto che, a parere di chi scrive, è una pura astrazione dal momento che non si conoscono i criteri basilari, di partenza, per individuarne l'entità. Per frenare questa crescita, sono state proposte nel tempo le più diverse strategie di contenimento, dai famigerati bollini, ai tickets, alla distribuzione diretta dei farmaci o le più recenti note AIFA, ma inarrestabilmente il tetto di spesa viene superato, anche se in percentuali diverse da regione a regione. Queste ultime, a loro volta, hanno dovuto registrare il fallimento del coacervo di misure poste in atto dai governatori per controllare la spesa. Stando ai primi dati resi noti per il 2004, sembra che soltanto sette Regioni, Toscana compresa, siano riuscite a stare nel limite del 13% e che il 90% dello sfondamento interessi quelle Regioni che storicamente producono disavanzi nel S.S.N. Vale la pena di rilevare che anche la tanto controversa decisione della soppressione dei tickets, non ha prodotto effetti significativi dal momento che il Lazio, che li ha reintrodotti, registra un disavanzo di 438 milioni di euro, mentre la Toscana e altre Regioni che non li hanno introdotti, rientrano nel tetto di spesa. Il fallimento degli strumenti di governo e regionali ha condotto ad un'unica dolorosa constatazione, e cioè un parziale spostamento della spesa delle casse dello Stato alle tasche dei cittadini costretti a sostenere di persona un onere di circa il 50% della stessa.

Un altro non trascurabile fattore di incremento della spesa, di cui il Governo mostra di non tenere alcun conto, è il progressivo spostamento di parte della spesa ospedaliera sul territorio. Nelle Regioni più avanzate sotto il profilo organizzativo, alla limitazione del numero dei posti letto e della durata della degenza media, alla introduzione dei DRG, ha fatto seguito un rimarchevole spostamento di pazienti, ancora bisognosi di cure, sul territorio con parallelo incremento, di conseguenza, della spesa per farmaci. Continuando di questo passo, è facile ipotizzare che in futuro si registreranno aumenti sempre più corposi.

A questo punto, si impone una necessaria riflessione sullo stato di salute degli italiani. L'OMS ha certificato che essi godono buona salute e sarei tentato di dire ottima, come testimoniano l'aumento della durata media della vita ed il progressivo invecchiamento della popolazione. A fronte di questo indiscutibile dato, si registra un incremento del consumo dei farmaci dal momento che questi sono indispensabili per curare le patologie tipiche dell'età avanzata e della senilità. Va rilevato, però, che il consumo medio dei cittadini italiani, risulta essere più basso di quello degli abitanti dei più grandi paesi europei, pur con risultati migliori. Un simile risultato non può prescindere da un uso corretto ed oculato dei farmaci e non era proprio necessario inviare a milioni di famiglie un corposo volumetto che vuole istruire sul corretto uso dei farmaci. Questo sì è uno spreco per le casse statali, ma un ottimo affare per le Poste Italiane, oltre che un offensivo disconoscimento dell'impegno quotidiano profuso dai medici per la tutela del bene salute. Ciò nonostante, tra i vari capitoli della spesa del S.S.N., Governo e Regione, controllano la spesa per la farmaceutica con una attenzione addirittura ossessiva. Non esiste altro settore della sanità cui siano dedicate altrettante verifiche e controlli: siamo arrivati addirittura alla sua militarizzazione, affidando alla Finanza tali compiti. Sarebbe interessante fare una verifica costi - risultati, tenendo conto di quel che costerà l'impianto della

nuova banca dati presso il Ministero dell'Economia (ne esiste già una all'AIFA). Per completezza, è opportuno chiarire che non si vogliono lasciare impuniti i responsabili di abusi e di comportamenti illegittimi (pochi, per fortuna). Ma per simili soggetti esistono già le leggi.

Come già detto, nella Finanziaria del 2005 sono stati stanziati fondi per 88,2 milioni di euro, a cui sono stati aggiunti altri 2 miliardi per il ripiano dei soliti disavanzi. I Governatori delle Regioni, in più occasioni, hanno manifestato serie preoccupazioni sulla possibilità di mantenere gli standards di qualità e la quantità dei servizi, pur rappresentando questo stanziamento una cifra record. Un co-fattore di limitazione delle disponibilità economiche è costituito indubbiamente dal preoccupante ristagno dell'economia e della modestissima crescita del P.I.L. Tuttavia al fianco della perdurante sottostima dei finanziamenti, non si può non rilevare l'assenza di qualsiasi traccia di investimenti in conto capitale. Essi sono necessari, se si vuole rilanciare il sistema ed adeguarne gli standards alle nuove prestazioni derivanti dai continui progressi della medicina. Stiamo gestendo il S.S.N. con criteri da economia di guerra, razionando le risorse più che razionalizzarle, disponendo, in estrema sintesi, di risorse appena sufficienti per i bisogni correnti. Questa condizione rende impossibile destinare fondi adeguati e costanti finalizzati ad una risposta sempre più dinamica ai bisogni di salute espressi dai cittadini. Fermandosi al contingente, si rischia di avviarsi lentamente ma in modo inarrestabile alla destabilizzazione ed allo sgretolamento del sistema. A questo punto, non sarebbe del tutto fuori luogo ipotizzare un mutamento della volontà politica, tendente ad una progressiva rinuncia dello Stato ad impegnarsi in un sistema di tipo solidaristico qual è il S.S.N., esaltando, al contrario, il ruolo dell'individuo per la tutela del bene salute con assunzione personale di ogni rischio ed ogni onere. Non a caso, il citato rapporto C.E.I.S. rileva un preoccupante impatto economico della sanità sulla vita delle famiglie italiane, che hanno dovuto sostenere spese al di fuori del S.S.N., di tale entità ("catastrofiche" secondo l'OMS) da scendere al di sotto della soglia di povertà stabilita dall'ISTAT.

Speriamo che ove dovesse realizzarsi una tale eventualità, peraltro non del tutto inverosimile e fuori della realtà, non vengano indicati quali responsabili i soliti "medici spreconi".

Raffaele Festa

Presidente Ordine Medici Arezzo

AVVISO AI LETTORI

Questo numero de "Il Cesalpino" vede la luce in anticipo di tempo sulla data prevista e con un taglio eccezionalmente scarso di contenuti medico-scientifici. Vero è che due eventi normativi, largamente incidenti sul lavoro dei medici, urgono in obbligo di applicazione e, forzatamente, ci costringono oggi a tagli editoriali a scampo di maggiorazioni del costo dell'inoltro postale per superamento del peso. Le due nuove norme sono costituite dalla Legge n° 326 del 24-11-2003 relativa al "monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie" in vincolo di applicazione a partire dal 01-04-2005, e -la seconda- dalla circolare n° 4/E del 28-01-2005 dell'Agenzia delle Entrate: "prestazioni mediche esenti da IVA. Sentenze della Corte di Giustizia europea", non ancora pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale. Entrambe le norme legislative sono in questa rivista: la prima occupa la parte centrale in grafica su fogli staccabili e conservabili, la seconda trova collocamento all'interno della rubrica "Leggi, Decreti, Circolari" nelle pagine di fondo. La Redazione, consapevole dell'importanza che discende dalle due nuove norme di legge nell'ambito del lavoro del medico, in qualsiasi settore esplicito, ha ritenuto -con spirito di servizio- di fare cosa gradita collocandole per esteso in questo n° 10 de "Il Cesalpino", ovviando alla materiale impossibilità di farlo attraverso le usuali e periodiche uscite del bollettino-circolare del nostro Ordine.

Rossella Nassi, Chiara Vezzosi
Endocrinologia – USL 8 Arezzo

La malattia celiaca può causare alterazioni endocrine indotte dalla malnutrizione, così come può associarsi a malattie endocrine che condividono con la celiachia una comune patogenesi autoimmune.

ENDOCRINOPATIE da MALNUTRIZIONE

Tra le conseguenze indotte dalla malnutrizione possono essere ricordate:

- bassa statura

Il celiaco non riconosciuto o non adeguatamente trattato presenta una statura definitiva inferiore a quanto atteso sulla base del target genetico. Non è raro che sia proprio una crescita inadeguata, indicata dalla collocazione centile del bambino al di sotto del 3° centile, oppure dalla ridotta velocità di crescita (inferiore ai 5 cm/anno in bambini prepuberi), ad indirizzare verso accertamenti dai quali emerge una celiachia per il resto pauci o asintomatica.

Per quanto l'effetto della malnutrizione sulla crescita riconosca molti meccanismi, uno dei più importanti è rappresentato dalla ridotta sintesi di somatomedine o IGF (insulin like growth factors). Le Somatomedine (SM) sono fattori di crescita GH dipendenti, di natura polipeptidica, che hanno la proprietà di stimolare l'accrescimento e di svolgere attività insulino-simile e mitogena nei tessuti extrascheletrici.

Oltre che dal GH, la loro sintesi appare regolata da altri ormoni, come la prolattina, il lattogeno placentare, l'insulina e gli ormoni sessuali. Proprio l'effetto di androgeni e estrogeni sulle SM rappresenta uno dei motivi dell'accelerazione della crescita in epoca puberale.

Le SM sono sintetizzate a livello epatico, ma anche in molti altri organi con secrezione paracrina o autocrina. La loro produzione appare nettamente ridotta nella malnutrizione, rappresentando pertanto una delle cause più importanti del difetto di crescita.

- Iperparatiroidismo secondario con osteoporosi e osteoporomalacia

La carenza di vitamina D e la perdita intestinale di calcio, con i grassi indigeriti che vanno incontro a un processo di saponificazione, stimolano la secrezione di paratormone con conseguente osteoporosi e osteoporomalacia. Tali condizioni sono spesso riconosciute nei celiaci anche in assenza di sintomi addominali. Dolore osseo,

pseudofratture e deformità possono essere presenti nei casi più gravi, ma spesso sono del tutto assenti. L'assetto fosfo-calcico è abitualmente nei limiti della norma, con calcemia bassa. Utili possono essere il dosaggio della vit. D e del PTH, la prima nettamente ridotta, il secondo sopra la norma, ma normalizzato dalla dieta aglutinata e dal supplemento vitaminico. Alterati possono essere gli indici di rimodellamento osseo.

Non sono rari i casi in cui la ricerca della celiachia è motivata, in soggetti adulti, dal riscontro di un'osteoporosi, ingiustificata sulla base della storia clinica del paziente.

Il riconoscimento della celiachia e la conseguente dieta aglutinata hanno portato, anche in bambini e adolescenti che presentavano importante riduzione della mineralizzazione ossea, alla diagnosi di morbo celiaco e a normalizzazione della massa ossea, enfatizzando l'importanza della diagnosi precoce e della stretta aderenza alla dieta.

- alterazioni tiroidee

Sono caratterizzate da riduzione della T4 e della sua frazione libera, con T3 e fT3 normale, ma con esagerata risposta del TSH allo stimolo con TRH. Nelle condizioni di più grave malnutrizione anche la T3 appare compromessa, come abituale nella "sindrome da bassa T3" con aumento della sua forma inattiva (reverse T3)

Inoltre la carenza iodica, legata al malassorbimento e accentuata dall'appartenenza del soggetto ad aree di endemia gozzigena, può comportare, anche nell'infanzia, la presenza di gozzo.

- amenorrea, infertilità e poliabortività

Nel celiaco possono essere presenti ipogonadismo e pubertà ritardata. Le ragazze celiache non trattate presentano un significativo ritardo del menarca rispetto a quelle che seguono la dieta.

Nelle donne e negli uomini la celiachia è associata ad infertilità. Inoltre le donne possono presentare aborti ripetuti, minor durata della gravidanza, più basso peso del nascituro, così come possono andare incontro a menopausa precoce. La patogenesi dei disturbi riproduttivi non è chiara: oltre all'ipotesi autoimmune (anticorpi diretti verso ormoni o organi critici per lo sviluppo e la riproduzione) rimane fondamentale quella che vede la causa principale nella carenza di ferro, folati,

zinco e altri nutrienti. A dimostrazione di questo sta il fatto che la correzione dei deficit nutritivi associata a dieta aglutinata può ripristinare la fertilità negli uomini e nelle donne.

Nella celiachia è stata dimostrata inoltre elevata prevalenza di iperprolattinemia (fino al 25% dei celiaci) causa di infertilità e riduzione della libido.

ENDOCRINOPATIE AUTOIMMUNI associate a MORBO CELIACO

Varie malattie endocrine possono associarsi alla celiachia, condividendone la patogenesi autoimmune:

- Diabete mellito tipo I
- Tireopatie autoimmuni
- Morbo di Addison
- Ipoparatiroidismo idiopatico
- Sindromi poliendocrine autoimmuni
- Ooforite autoimmune
- Ipofisite

Diabete mellito

L'associazione di diabete mellito e celiachia è stata riportata almeno 40 anni fa.

Nei bambini diabetici la prevalenza di malattia celiaca è stimata intorno a 4.5%.

Nella celiachia la prevalenza del diabete è calcolata intorno a 1.4-3.5%, ma negli ultimi studi sembra risultare più alta.

Abitualmente il diabete viene diagnosticato prima della malattia celiaca e l'andamento della malattia è caratterizzato dal difficile controllo glicemico, con frequenti episodi di ipoglicemia.

L'identificazione della celiachia e l'introduzione della dieta aglutinata ottengono abitualmente il miglioramento del compenso glicometabolico e riducono nettamente gli episodi ipoglicemici gravi. Se la celiachia non trattata peggiora la progressione delle complicanze diabetiche non è certo, ma non si può escludere che i deficit nutrizionali della celiachia, associati al diabete, possano facilitare l'insorgenza della neuropatia.

Data la significativa frequenza con cui la celiachia si associa al diabete, è giustificato lo screening nei bambini diabetici. Nella maggior parte dei casi la diagnosi di celiachia viene fatta nel primo anno dalla diagnosi di diabete. In alcuni casi bambini inizialmente sieronegativi hanno presentato in un

arco di tempo variabile la siero conversione sviluppando la malattia celiaca.

Tireopatie autoimmuni

Tutte le malattie autoimmuni della tiroide possono associarsi alla celiachia: la tiroidite di Hashimoto con ipotiroidismo subclinico o ipotiroidismo conclamato, l'ipertiroidismo da morbo di Basedow con o senza oftalmopatia associata. In molti casi la presenza di anticorpi antitiroide (antitireoglobulina, antitireoperossidasi, antirecettore del TSH) non si associa a compromissione funzionale della ghiandola, anche se possono essere già presenti alterazioni ecograficamente documentabili.

La percentuale di celiaci con tireopatia è calcolata intorno al 5%.

Altre endocrinopatie autoimmuni

Sia pure con minore frequenza rispetto alle condizioni precedentemente ricordate, possono associarsi alla celiachia l'insufficienza surrenalica e ipofisaria da surrenalite e ipofisite autoimmuni, l'ipoparatiroidismo idiopatico e l'ooforite autoimmune, che può rappresentare una delle cause di infertilità delle pazienti celiache.

Le endocrinopatie possono inoltre associarsi tra di loro, realizzando le sindromi polighiandolari autoimmuni, nelle quali sono presenti anche malattie non endocrine, come la candidosi mucocutanea, la vitiligine, l'alopecia, l'anemia pernicio-sa, l'epatite autoimmune, la cirrosi biliare primitiva.

Conclusioni

Nell'infanzia la malattia celiaca e il diabete sono frequentemente associati. Il malassorbimento, il diabete instabile e il difetto di crescita indicano la possibile presenza della celiachia, ma più spesso è possibile cogliere solo minimi segni, indicativi dell'associazione delle due malattie.

Un programma di screening è pertanto preferibile in modo da garantire il riconoscimento della malattia in tutti i casi.

Lo screening della celiachia è auspicabile anche in soggetti asintomatici con più endocrinopatie autoimmuni documentate o in quelli che presentano malattie endocrine associate ad altre patologie a riconosciuta genesi autoimmune.

VAPORIZZAZIONE FOTOSELETTIVA DELLA PROSTATA CON LASER KTP 80 W: DUE ANNI DI ESPERIENZA IN ITALIA

Stefano Mattioli*, Alessandro Picinotti**
Monica Sbragi**, Monica Faccia**, Stefano Tenti**

*Istituto Clinico S. Ambrogio Milano

**Casa di Cura Poggio del Sole Arezzo

Per corrispondenza:
Dr. Alessandro Picinotti
Via Pizzuto 11, Arezzo
Tel. 3479946263
e-mail: alessandro.picinotti@auro.it

Parola chiave

Iperptrofia prostatica, laser KTP, chirurgia endoscopica

INTRODUZIONE

Poiché ancor oggi la TURP presenta difficoltà operatorie e conseguentemente rischi per il paziente non trascurabili, nel corso degli ultimi anni sono state sperimentate varie metodiche alternative per il trattamento dell'iperptrofia prostatica benigna. Con questo studio ci proponiamo di valutare se il trattamento dell'iperptrofia prostatica benigna con Laser KTP (potassio, titanil, fosfato) 80 W, svolto nei due centri "Istituto Clinico S. Ambrogio" di Milano e "Casa di Cura Poggio del Sole" di Arezzo, abbia caratteristiche tali da poter essere considerato in futuro il gold standard terapeutico per tale tipo di patologia.

MATERIALI E METODI

Abbiamo utilizzato:

- 1) un Laser KTP 80 W, la lunghezza d'onda della radiazione è di 532 nm, tale cioè da essere selettivamente assorbita dall'emoglobina; il raggio laser è trasportato da una fibra ottica monouso, dotata di manipo che emette la radiazione laser con angolo di 90° rispetto al suo asse maggiore;
- 2) un comune cistoscopio con ottica 30° protetta da un prolungamento della camicia a becco di flauto nel cui canale operativo viene inserita la fibra ottica;
- 3) un numero variabile di sacche da l. 5 di acqua bidistillata come liquido di irrigazione;
- 4) le protezioni necessarie per l'utilizzo di qualsiasi laser (occhiali, filtri per telecamera, etc.). I pazienti operati (182) con età fra 55 e 85 anni, erano affetti da adenoma prostatico di volume variabile da 25 a 100 cc e F.Max inferiore a 10 ml/s. L'anestesia è stata periferica o generale.

RISULTATI.

I 182 pazienti trattati hanno eseguito Psa t/f, Eco

TR; biopsia prostatica se necessario, F.Max (22 pazienti erano portatori di catetere a permanenza). La permanenza del catetere è variata da un minimo di 12 a un massimo di 24 ore dopo l'intervento, non è stata necessaria l'irrigazione continua. La dimissione del paziente non ha mai superato le 48 ore dopo l'intervento. Il risultato medio del F.Max è passato da 23,6 ml/s alla rimozione del catetere a 23,2 ml/s dopo 3 mesi (182 pazienti); a 23,8 dopo 6 mesi (150 pazienti); a 22,9 dopo 12 mesi (107 pazienti); a 22,1 dopo 24 mesi (73 pazienti). Il residuo post-minzionale <30cc si è ripresentato a 24 mesi in soli 3 pazienti.

CONCLUSIONI

La metodica descritta sembra consentire di poter ottenere gli stessi risultati oggi offerti dalla TURP con i seguenti vantaggi: degenza più breve, tempo di occupazione della sala operatoria sovrapponibile, assistenza post-operatoria di minor intensità, ripresa dell'attività lavorativa più precoce, risultati funzionali sovrapponibili. Vantaggi ulteriori sono costituiti dalla perdita di sangue trascurabile, dalla possibilità di conservare l'eiaculazione anterograda e dalla curva di apprendimento della metodica relativamente semplice. Gli svantaggi al momento registrati sono il costo della macchina e della fibra laser monouso e l'assenza dell'esame istologico.

Bibliografia

- 1 Wilson JR, Urwin GH, Stower MJ. The changing practice of transurethral prostatectomy: a comparison of cases performed in 1990 and 2000. *Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86(6):428-431
- 2 Barber NJ, Muir GH. High-power KTP laser prostatectomy: the new challenge to transurethral resection of the prostate. *Curr Opin Urol* 2004; 14(1):21-25
- 3 Anson K. Could the latest generation potassium titanyl phosphate laser be the ones to make transurethral resection of the prostate an operation of historical interest only? *Curr Opin Urol* 2004; 14(1):27-29
- 4 Reich O, Backmann A, Schneede P, Zaak D, Sulser T, Hofstetter A. Experimental comparison of high-power (80 W) potassium titanyl phosphate laser vaporization and transurethral resection of the prostate. *J Urol* 2004; 171:2502-2504
- 5 Hai MA, Malek RS. Photoselective vaporization of the prostate: initial experience with a new 80 W KTP laser for the treatment of benign prostatic hyperplasia. *J Endourol* 2003; 17(2):93-96
- 6 Malek RS, Barrett DM, Kuntzman RS. High-power potassium-titanyl-phosphate laser vaporization prostatectomy: 2 years. *J Urol* 2000; 163(6):1730-1733
- 7 Malek RS, Barrett DM, Kuntzman RS. High-power potassium-titanyl-phosphate laser vaporization prostatectomy: 24 hours later. *Urology* 1998; 51(2):254-256
- 8 Mattioli S, Cremona M, Pozzoni F. Photoselective laser vaporization of the prostate (PVP) for treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH). *J Endourol* 2003; 17(1):A318

LE INGIUSTIZIE PIÙ INGIUSTE

INFANZIA, AMBIENTE, SALUTE NEL TEMPO DEL SAPERE E DELLA GUERRA

Stefano Beccastrini
Agenzia regionale per la protezione ambientale della
Toscana

GIORNATA MONDIALE DEI DIRITTI DEI BAMBINI COLLODI, 20-XI-2004

*Fra tutte le ingiustizie che ci sono al mondo,
quelle che colpiscono i bambini sono le più
ingiuste, le più ignobili, le più odiose...*

Francois Truffaut

Rabindranath Tagore, il più grande poeta indiano - che fu anche un grande pedagogo - del XX secolo (il primo non europeo a ricevere il premio Nobel per la letteratura), ha scritto, nel suo Gitanjali, questi versi:

*Sulla riva di mondi senza fine i bambini
si incontrano...
La morte è in giro e i bambini giocano..."*

Sono versi, a mio avviso, molto belli nonché utili al ragionamento che siamo chiamati - ospiti di Pinocchio - a fare stamani sui diritti dei bambini e sui rischi di troppo frequente offesa che essi subiscono nel mondo attuale. In tali versi compaiono tre caratteristiche preziose che i bambini, tutti i bambini del mondo, spontaneamente posseggono, prima che il mondo stesso - quello degli adulti - le reprima in loro:

- la capacità di incontrarsi ("*i bambini si incontrano...*" dice Tagore),
- quella di farlo qualunque sia la loro provenienza familiare/nazionale/sociale/etnica e così via (infatti si incontrano, come dice ancora Tagore, "*sulla riva di mondi senza fine...*" ovvero senza confini, senza barriere, senza razzismi),
- quella - dopo essersi incontrati liberamente e apertamente - di godere del mondo assieme ("*i bambini giocano...*" sottolinea Tagore).

Nel fare questo, tutti i bambini del mondo sono fantasiosi e creativi alieni: com'era il Piccolo Principe di Antoine de Saint Exupery, com'era il Burattino di Collodi, com'era il Ragazzo Selvaggio di Francois Truffaut. Certamente, non potranno continuare a

restarlo per sempre: cresceranno (beninteso, se verrà loro data la possibilità di crescere) e saranno chiamati a fare anche altre cose oltre che a giocare (per esempio, studiare, lavorare, partecipare alla vita sociale e politica, viaggiare, progettare il futuro, mettere al mondo a loro volta altri bambini: beninteso, se verrà loro concesso il tempo e il modo di fare tutte queste cose).

Però, tornando ai versi di Tagore, i bambini si incontrano, sulla riva di mondi senza fine, per giocare tra loro, mentre, egli infine afferma mestamente, "*la morte è in giro...*". La morte di cui il grande poeta indù ci parla, non è la morte naturale, per così dire fisiologica, inevitabile conclusione della vita di qualunque essere il quale, oltre che - giustappunto - vivente, sia anche non divinamente immortale. È un'altra morte quella evocata da Tagore, quella che si aggira intorno ai bambini che s'incontrano e giocano sulla rive di mondi senza fine: è la loro morte, è la morte della loro possibilità di incontrarsi e di giocare su quella riva, che è la riva dei loro diritti, della loro libertà, del loro benessere ed è la riva ove, incontrandosi e giocando assieme, possono - con l'aiuto di grandi non stupidi e non crudeli - imparare anche a diventare grandi a loro volta senza diventare stupidi e crudeli.

Sono molte le forme - anche metaforiche - di morte che se ne vanno in giro, possono sopprimere e reprimere in vario modo l'incontro, il gioco, il futuro crescere non alienato dei bambini. Vorrei stamane, facendo libero e sintetico riferimento ai diritti dell'infanzia sanciti dalla Convenzione ONU del 1989 (che fa, per così dire, da ponte tra la Dichiarazione dei diritti del bambino del 1959 e i dieci principi per una politica a favore dell'infanzia della Carta *Creating a World fit for Children* promulgata dall'UNGASS - la speciale sessione per l'infanzia dell'ONU medesima - nel 2002), accennare a tre tipologie di "morte" - per continuare a usare, ma nel senso poetico introdotto da Tagore, questo tremendo concetto - di quei diritti (che si richiamano tutti quanti al diritto basilare di qualunque bambino ovvero di poter vivere un'infanzia di buona qualità e di poter diventare un adulto di buona qualità inserito in una società aperta, democratica, pacifica, salubre, sostenibile).

a) La prima tipologia riguarda la morte vera e propria. Nel mondo, scompaiono ancora troppi - troppi vuol dir milioni, val la pena di precisarlo - bambini: a essi è impedito persino di crescere, di diventare adulti, di misurarsi nel difficile ma straor-

dinario percorso attraverso il quale i Piccoli Principi potrebbero diventare talvolta Piccoli Re e talvolta Gatti e Volpi (per dirla con Collodi, che era buono: poteva anche parlare di Lupi, Iene, Sciacalli e Gazze Ladre). Gli Adulti Gatti e Volpi (eccetera eccetera) già presenti nel mondo, in tal caso, impediscono ai bambini persino di diventare, ahimè, come loro. Ciò avviene in vario modo...

- Avviene con le guerre, per esempio, di cui i bambini, sempre più di frequente, non sono soltanto tragiche vittime innocenti perché una cannonata o una bomba – sparate nello scenario di un conflitto armato tra adulti – malauguratamente, seppur ormai troppo frequentemente, li colpisce (parlo di guerre internazionali, ma possono essere anche guerre locali, tutte italiane per esempio: come quelle, disgustose ma assai crudeli con l'infanzia, della mafia e della camorra). I bambini sono ormai vittime della guerra (e ricordiamoci che salvo Hitler, che alla fine mandò al fronte i ragazzi, mai nessuno l'aveva fatto, nella pur spesso spregevole storia dell'umanità) in quanto "piccoli soldati" ovvero sia in quanto chiamati anch'essi a combattere (non a caso uno dei punti fortemente sottolineati dalla Carta dell'UNGASS è quello riguardante giustappunto i "bambini-soldato", una delle caratteristiche più disgustose del nostro tempo).
- Avviene con la miseria e la fame ovvero sia con la carenza (oltre che, spesso, con la pessima qualità) dell'alimentazione: nel mondo ci sono ancora (com'è buffo, però, questo avverbio, col quale continuiamo a illuderci che certe situazioni drammatiche di certe parti del mondo siano retaggi "ancora" non superati del passato, mentre invece sono caratteristiche di un presente stoltamente globalizzato nel quale la fame di chi ha fame fino a morire è semplicemente l'altra faccia della ipersaziatura di chi si ingozza fino a morire o quanto meno – e ben gli sta, verrebbe da dire – da essere ossessionato fino all'angoscia dalla bilancia e dalla colesterolemia), nel mondo ci sono (dicevo, e lasciamo perdere l'ancora) troppi luoghi e troppe situazioni ove la gente non ha cibo e dove muore – fin dall'infanzia – a causa di ciò.
- Avviene con le malattie: quelle legate giustappunto alla fame, alla miseria, alla mancanza di igiene, alla mancanza di servizi socio-assistenziali, all'inquinamento ambientale. Io sono un medico ma sono anche un operatore della protezione dell'ambiente e con altri colleghi - la dottoressa Caldes, che mi ha invitato qui a Collodi - proprio in Toscana sto giustappunto lavorando sui temi del rapporto tra salute infantile e inquinamen-

to ambientale. Si tratta di un rapporto strettissimo, che provoca – lo abbiamo appreso proprio lo scorso giugno, partecipando alla Conferenza internazionale di Budapest a questo argomento dedicata – oltre centomila morti all'anno nell'infanzia europea. Non parliamo, poi, dell'infanzia non europea: già ne parla, spaventosamente, l'OMS, per esempio in *The Atlas of Children Health and the Environment* curato da Gordon, Mackay e Rehfuess. Non a caso uno dei punti salienti del documento, già citato, dell'UNGASS riguarda la necessità di **Proteggere la terra per i bambini**: se la sapremo proteggere per i bambini, la sapremo proteggere per tutti perché la più convincente definizione che si può dare – oltre quelle da altri già date - del concetto, così importante per le strategie politiche di un mondo ecologicamente a rischio, di "sviluppo sostenibile" credo sia proprio quella di un "mondo a misura di bambino" (non conosco, infatti, indicatore di sostenibilità più importante e sensibile).

b) La seconda tipologia riguarda una morte metaforica, seppur assai vicina e spesso parallela a quella vera e propria. È la distruzione fisica e morale d'ogni speranza di dare un senso alla propria esistenza, è il percorso di sofferenza e sfruttamento che - seppur lascia sopravvivere la piccola vittima – ne infrange per sempre la possibilità di riscatto, di ricerca della libertà, dell'autonomia, della gioia. Sul lavoro, per le strade, nella violenza padronale o sociale o sessuale, nello sfruttamento bestiale del loro corpo e del loro giovane spirito, si possono distruggere i bambini anche lasciandoli vivi. Per restare all'Europa (ma occorre ormai, per noi europei, guardare al mondo intero, assumendoci la responsabilità politica e morale – che altri più di noi del mondo intero padroni non vogliono e non sanno assumersi - d'indirizzo delle future e sostenibili sorti future del pianeta), possiamo ricordare i bambini resi schiavi nelle fabbriche della rivoluzione industriale (si possono leggere pagine duramente commoventi nelle opere di Marx e di Engels o nei romanzi di Dickens) su su fino (è solo un esempio tra i molti possibili) ai "carusi" delle zolfatare siciliane (quei verghiani Rossi Malpeli che sono esistiti fino agli anni Cinquanta del XX secolo), ragazzetti che scendevano in miniera per fare i servi, lavorativi ma spesso anche sessuali, degli operai adulti (non è facile, infatti, che gli sfruttati di tutto il mondo si uniscano, in assenza di passione morale e intelligenza politica: è più facile che sfruttino a loro volta i più deboli tra loro, come i bambini), ai tanti, troppi bambini non europei che attualmente vengono oppressi dalle illuminate (in patria, e generalmente accreditate in qualità, magari sponsorizzanti

persino qualche campagna sociale o culturale) aziende globalizzate che nel Terzo Mondo sfruttano giustappunto il lavoro dell'infanzia d'altro colore. In un mondo globalizzato sulla base dello sfruttamento, anche infantile, l'unica risposta che mi viene in mente è quella di impegni strategici, atti coraggiosi, politiche integrate di un nuovo internazionalismo solidale. Penso che l'Europa possa, in tal senso, fare molto. È una questione di divisione internazionale del lavoro, di strategie miranti piuttosto allo sviluppo salubre e sostenibile che al profitto distruttivo e così via. Riflettiamo: la Dichiarazione dei diritti dell'uomo, fatta un pò più che due secoli fa e fondata sui – rivoluzionari, innovativi – principi della libertà, dell'eguaglianza, della fraternità tra tutti gli uomini (le donne e i bambini erano concettualmente, anche se un pò ipocritamente, compresi) ha prodotto molte buone cose (dalle costituzioni nazionali ai regimi democratici, dalla nascita dei sindacati all'identità di cittadinanza) ma ha man mano condotto a una situazione, come quella attuale, in cui il diritto alla libertà appare sempre più come diritto alla libertà d'impresa e di profitto, quello all'uguaglianza come diritto all'uguaglianza di opportunità di mercato per chi può starci e guadagnarne, il diritto alla fraternità come diritto di fratellanza lobbistica quando non mafiosa. Però, i diritti del cittadino adulto sono, di per sé, formalizzabili e la loro formalizzazione può diventare, nelle mani degli adulti stessi, una grossa forza di rivendicazione quando la forma di quei diritti è ostacolata, nel suo concreto realizzarsi, da poteri politici, economici, sociali contrari al loro estendersi e compiersi contrari. Con i diritti dei bambini, questo è impossibile, almeno da parte dei bambini medesimi. I bambini non votano, non hanno sindacati, non possono dunque possedere diritti formali socialmente ostacolati ma da rivendicare con forza. Essi sono la cartina di tornasole, il momento della verità, l'indicatore reale della volontà e della capacità di una società – del mondo globale ormai – di fare o non fare tutte quelle cose che possono rendere il mondo stesso davvero – nei fatti e non soltanto nelle forme – libero, equo, solidale, salubre, sostenibile. Anche per i bambini e, dunque, per tutti!

c) La terza tipologia, relativa a come si può, metaforicamente ma con gravi conseguenze, sopprimere un bambino, o meglio – in tal caso – l'intelligenza e la creatività che un bambino porta in sé (la fantasia del Piccolo Principe, la sapienza ecologica del Ragazzo Selvaggio, la creatività di Pinocchio), riguarda le molte, troppe, modalità con cui – indottrinandoli nelle società totalitarie e fondamentaliste, rendendoli sciocchi consumatori nelle società il cui fondamentalismo e totalitarismo è quello del supermercato – si strozza nella culla, eppoi in famiglia e a scuola, la loro grandissima intelligen-

za potenziale. Ormai possediamo le prove – provenienti dalla innovativa ricerca delle neuroscienze contemporanee - che i bambini – persino appena nati - sono intellettualmente dei “geni” (non è una mia enfaticizzazione retorica: *Tuo figlio è un genio* è il titolo di un libro di tre neuroscienziati americani, Gopnick/Metsoff/Kuhl, che dicono alle famiglie e alle società d'oggi: quel bambino che dorme nella culla non è un “passerotto” bensì un Galileo in potenza e dunque non riducetelo – nell'allevarlo e nell'educarlo - alla generale mediocrità) e sono bambini assai “competenti” (*Il bambino è competente* è il titolo del bel volume di un neuropsicologo danese, Jesper Juul, che sottolinea quanto, giustappunto, sia già socialmente, spazialmente, comunicativamente competente un ragazzino e quanto di tale competenza venga distrutto – dalla famiglia, dalla scuola, dalla società - per farne un adulto familiarmente, scolasticamente, socialmente omologato ovverosia – lo dico alla toscana - un coglione). Insomma, per mortificare, invece che farne energia dell'adulto futuro, il suo passato di Piccolo Principe, di Ragazzo Selvaggio, di Pinocchio. Ciò, anche nella nostra odierna, più a parole che nei fatti, società della conoscenza, del sapere, del lifelong learning (l'apprendimento che dura per tutta la vita: pare una scoperta recente ma, come ho saputo giorni fa a Palermo, un antico proverbio siciliano dice “*Fino alla bara, s'impara*”, espressione che dell'anglofono “lifelong learning” mi pare bella e italica traduzione).

A volte sogno quanto sarebbe bello, anche per noi adulti, anche per noi anziani (io tale ormai sono, per definizione anagrafica ma ancor più per interna e non spiacevole consapevolezza, che mi proviene dal dolore delle ossa, non più flessibili, e dalla saggezza dei pensieri, flessibili come non mai in gioventù), un mondo davvero basato sui diritti del bambino: un mondo salubre e sostenibile altro infatti non è - se sarà in futuro qualcosa di concreto e non soltanto di teorizzabile – che un mondo a misura dei bambini. Ma scegliere il benessere – fisico, morale, intellettuale – dell'infanzia come valore irrinunciabile, come criterio fondamentale, come indicatore basilare di libertà, eguaglianza, fraternità, sostenibilità è una scelta che non spetta all'infanzia (che queste cose già sa farle, incontrandosi e giocando sulla riva di mondi infiniti, però non può farne modalità di governo del mondo) ma a noi adulti, i soli che possiamo, intorno a quegli incontri, a quei giochi, a quelle rive infinite, non fare aggirare la morte. È una scelta d'amore e l'amore (anzi, la sopravvivenza dell'amore nel mondo ha detto Gregory Bateson) non è, o non è soltanto, un fatto riguardante le singole persone e i loro sentimenti: è un problema di ecologia della mente e del cuore, di sostenibilità dello sviluppo complessivo del mondo e delle persone

nel mondo, di cultura diffusa ovverosia, anche e soprattutto, di scelta politica.

Ho parlato d'amore e mi viene da far riferimento al più grande cantore novecentesco – un filmico cantore – dell'amore per i bambini: Francois Truffaut (che ho, del resto, già citato a proposito dei "ragazzi selvaggi"). Egli ha posto più volte al centro delle proprie opere cinematografiche i bambini. Il più bello, il più trasparente, il più coinvolgente di tali film credo sia **Gli anni in tasca**, che Truffaut girò a Thiers, chiamando non soltanto a recitare nel, ma anche a collaborare alla sceneggiatura del, film stesso i ragazzi di quella città. Protagonista del film, alter ego del regista, è il personaggio del maestro Richet, che ha avuto un'infanzia difficile ma ha saputo poi diventare un adulto con la memoria lunga, un insegnante che cerca di capire e amare i propri allievi cercando altresì di aiutarli a diventar grandi. Salutandola prima delle vacanze e commentando le disgrazie di Julien, un allievo particolarmente deprivato sul piano sociale e affettivo, ripetutamente picchiato dalla madre e dalla nonna, il maestro Richet dice alla propria scolaresca: *"Voglio parlarvi di Julien...sarà affidato alla assistenza pubblica e mandato presso una famiglia. In qualunque posto andrà, starà sicuramente meglio che con sua madre e sua nonna, che lo trattavano male... Fra tutte le ingiustizie che ci sono al mondo, quelle che colpiscono i bambini sono le più ingiuste, le più ignobili, le più odiose. Il mondo non è giusto e forse non lo sarà mai, ma non bisogna rassegnarci, bisogna lottare perché ci sia giustizia... Quelli che ci governano dicono 'Il governo non cederà alle minacce, ma in realtà è il contrario, un governo cede solo alle minacce e i cambiamenti si ottengono soltanto reclamandoli...Da qualche anno gli adulti lo hanno capito e ottengono in piazza quello che viene loro rifiutato negli uffici...Gli adulti, quando lo vogliono veramente, possono migliorare la loro vita... Ma in tutte queste lotte i bambini sono dimenticati: non c'è partito politico che si occupi veramente di loro... Esiste una spiegazione per tutto questo: i bambini non sono elettori...Se i bambini avessero diritto al voto, voi,...per esempio, potreste ottenere di arrivare a scuola un'ora più tardi d'inverno, invece che arrivare quando è ancora notte. Volevo anche dirvi che, proprio perché ho un brutto ricordo della mia infanzia e non mi piace come ci si occupa dei bambini, ho scelto di fare il lavoro che faccio, cioè insegnare. La vita è dura ed è importante che impariate a diventare forti per poterla affrontare. Badate: non vi spingo a diventare dei duri, ma dei forti... Anche voi un giorno avrete dei bambini e io spero che voi li amerete e che loro vi ameranno. Anzi, loro vi ameranno se voi li amerete, altrimenti rivolgeranno il loro amore su altre persone,*

perché la vita è fatta così: non si può fare a meno di amare e di essere amati...". Parole dette a Thiers, il centro della Francia e del Mondo, perché trasformata da Truffaut nella "città dei ragazzi" (che non è, tutt'altro, la "città dei balocchi"). Per Truffaut il centro del mondo non sta a Parigi né a Mosca né a Cuba né a Pechino né a New York, bensì ovunque un ragazzo dolorosamente in bilico tra la propria infanzia e il proprio passaggio all'età adulta trovi un adulto che lo sappia capire, amare, aiutare.

Vorrei infine, rendendo testimonianza – nella ricorrenza del ventennale della sua morte - di una traccia d'intelligenza e di bontà lasciata in Italia – a sua insaputa - da Francois Truffaut, accennare a una particolare e ancor più sacra categoria di bambini che hanno bisogno di amore, di cura, di aiuto ovverosia i bambini, cui è dedicato un punto specifico della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, che sono portatori di problemi, di handicap, di limitazioni – più o meno gravi, più o meno riabilitabili – del proprio sviluppo fisico o mentale.

A Roma, in via dei Sabelli, si trova l'ottimo Istituto di Neuropsichiatria infantile di Giovanni Bollea (un instancabile "amico dei bambini" che Francois Truffaut avrebbe stimato, se l'avesse conosciuto). Alternandomi e talora – con reciproco rafforzamento morale - affiancandomi con mia moglie, vi ho accompagnato - per lunghi, ansiosi anni - mia figlia Valentina (oggi guarita e presto madre di una bambina che si chiamerà Caterina, come la toscannissima patrona d'Europa) a visite, controlli, esami, esercizi, verifiche, valutazioni, diagnosi... Entrando nell'Istituto e avvicinandosi al bancone dell'accettazione, si nota un cartello (c'era quando Valentina aveva cinque anni e c'è ancora – sono tornato a verificarlo - che ne ha trenta) con queste parole, scritte a pennarello: **"Anche voi un giorno avrete dei bambini e io spero che voi li amerete e che loro vi ameranno. Anzi, loro vi ameranno se voi li amerete..."**. Si tratta, l'avrete certamente riconosciuto, di un brano del discorso che il maestro Richet fa ai ragazzi della scuola di Thiers, centro del mondo né più né meno che via dei Sabelli a Roma o qualunque altro luogo del mondo stesso in cui ci siano dei bambini che hanno bisogno d'essere aiutati a diventare grandi, cessando di essere "ragazzi selvaggi" ma non uccidendo il Piccolo Principe e il dolce e irrequieto Pinocchio che è dentro di loro.

In quel luogo, crocevia di tante sofferenze e di tante speranze, di tanto dolore ma anche di tanta umanità, quelle parole stanno proprio al posto giusto. Pare quasi che Truffaut le abbia pensate perché poi qualcuno, a pennarello, le scrivesse lì, a Roma, in via dei Sabelli.

APPUNTI PER UN INTERVENTO SULL'EUTANASIA DAL PUNTO DI VISTA DI UN LAICO

Roberto G. Salvadori

Sarà bene chiarire, preliminarmente, che userò la parola "laico", nel senso di non-credente, si tratti di agnostico o di ateo, ma è opportuno ricordare, anche, che *non esiste una bioetica religiosa e neppure una bioetica laica, bensì una pluralità di orientamenti etici che si fronteggiano anche in ambito bioetico.* [3, 81]. Ne deriva un complesso intreccio di posizioni che genera, a sua volta, schieramenti non solo *trasversali*, come si usa dire, ma anche mutevoli. Nelle questioni di bioetica (e non solo in quelle) non è raro, poi, trovare laici contro laici e credenti contro credenti. [2, 14-16; 10 Dumas, 27-54; 14, 56; 17, 99].

Le due parti, inoltre, almeno fintanto che si rimane nelle generalità, hanno alcuni punti in comune che possono costituire una buona premessa per arrivare a soluzioni concordate. Tuttavia – e proprio per agevolare il dialogo intorno a temi così importanti – ritengo utile soffermarmi prima sulle divergenze e poi sulle convergenze. La chiarezza intorno alle rispettive posizioni, infatti, è un'indispensabile premessa per ogni possibile accordo. Di solito, a questo riguardo, si prende le mosse dalla priorità di valore che i laici attribuiscono alla *qualità della vita*, rispetto alla vita in quanto tale, «difesa» ad oltranza dai cattolici (e non solo da essi). [4, 38; 18, Mori 413-414; 20, 20-21; 24, 193-194] Si tratta di una differenza valutativa reale e importante e che va vista, perciò, nei suoi fondamenti.

Il *primato* della vita (la vita a tutti i costi, quale che sia la condizione in cui si presenta) è un concetto legato, nel cristianesimo, a quello della sacralità della persona umana. Quest'ultimo aggettivo ha il suo rilievo: la vita degli altri esseri viventi e, in particolare, quella degli altri animali non è sacra o lo è solo in una forma riflessa e molto generica.

In questa concezione la vita è considerata *un dono di Dio* e, perciò, non è un bene a disposizione, ma sempre e comunque, un bene in sé. [5, 79-80; 16, 713] La persona (termine che originariamente veniva attribuito solo agli Enti che compongono la Trinità), una volta che sia estesa anche all'uomo (ciò che avviene a partire dal VI sec. d.C.), si ontologizza, diviene un'ipostasi, ossia qualcosa di intangibile e non modificabile che garantisce il perpetuarsi dell'identità a sé. [4, 63 e 75] Da relazione si fa sostanza. [21]

La definizione della *persona*, concepita come composta da una realtà spirituale, assoluta e invariante e da un corpo mutevole e caduco, genera pro-

blemi di difficile soluzione. Probabilmente, all'interno di queste convinzioni, la posizione più corretta o, quanto meno, quella più coerente appartiene a coloro che considerano l'uomo (la persona) un *usufruttuario* che ha ricevuto un dono ed è tenuto ad amministrarlo rispettando le intenzioni del donatore. [18, Kuhse 70; 25, Angelini 15]

In conseguenza, l'opinione cattolica più diffusa è che il *dovere di curarsi* prevalga sul *diritto di curarsi*. [5, 84] Non solo: il dovere di curarsi va di pari passo con quello di curare e di preservare in ogni caso, in quanto possibile, la vita altrui. Ne derivano interrogativi ai quali è difficile rispondere quando il soggetto soffre di patologie estremamente gravi e non abbia (e non abbia mai avuto) la possibilità di decidere della sua sorte. È il caso di neonati affetti da gravissime malformazioni, un argomento la cui trattazione sarebbe troppo ampia per affrontare la questione in questa sede. Mi limito a osservare che l'accettazione di un figlio gravemente malformato come *dono di Dio*, implica anche per il credente un travaglio in cui è messa alla prova la sua stessa fede. Siamo dinanzi a uno dei temi più alti e più difficili dell'etica, quello del dolore dell'innocente e della sua spiegazione. Un tema che affonda le proprie radici nel libro di Giobbe e oltre.

Per concludere su questo punto, di capitale importanza, in maniera schematica: per il cristiano la vita ha senso in sé stessa, sempre e comunque, un senso che le proviene dal fatto di essere creata da Dio e suo dono. Si tratta di un valore assoluto, invariabile e intangibile, uguale in tutti gli esseri umani. Per il laico la vita ha il senso che ciascuno di noi le dà, autonomamente, con la sua attività, con il suo modo di vivere. Questo senso varia attraverso il tempo e attraverso le circostanze. L'uguaglianza tra gli uomini è un fine da perseguire tenacemente e non un dato di partenza. Il medico deve curare tanto Hitler quanto Gandhi, se malati, ma nel caso che si ponga un'alternativa – o l'uno o l'altro – è pensabile e perfino augurabile, che dia la priorità al secondo. (L'esempio non è così astratto, come può apparire a prima vista: basta pensare al *triage*, o alle liste d'attesa che danno esiti diversi a seconda che si faccia ricorso alla medicina pubblica o a quella privata, che si sia ricchi o si sia poveri, ecc.: in tutte queste circostanze la vita umana viene trattata come se non fosse uguale).

Per quel che riguarda la questione dell'eutanasia (e non solo quella) questa divergenza mi sembra all'origine di tutte le altre. È bene esserne consapevoli perché il dialogo avvenga nel rispetto reci-

proco e possa produrre qualche risultato utile. Ovviamente, la condizione preliminare perché questo avvenga è che le due posizioni non pretendano di confutarsi a vicenda. Esse sono entrambe *fondate sul nulla*, indimostrabili nelle loro fondamenta, come avviene per ogni concezione globale del mondo e della vita. Il laico, perciò, non contesti al cristiano il diritto di credere, il cristiano non contesti al laico il diritto di non credere.

Mi pare che queste parole rappresentino correttamente la situazione: *Legislatori, medici e comuni cittadini devono riconoscere che il problema vero è se affermare e tutelare la sacralità di ogni vita umana o se abbracciare, invece, un'etica sociale per la quale alcuni tipi di vita umana sono apprezzabili mentre altri non lo sono. Come nazione, noi dobbiamo scegliere tra etica della sacralità della vita e etica della «qualità della vita».* [24, 117] Questo pronunciamento, che è del 1983 e appartiene a Ronald Reagan, allora presidente degli Stati Uniti d'America, mi sembra tanto più significativo in quanto lo stesso Reagan era schierato a favore della prima tesi.

Una volta chiarita – almeno lo spero – in che cosa differiscano prospettiva religiosa e prospettiva laica in tema di bioetica, vediamo quali sono i nodi fondamentali della questione-eutanasia e se esistono delle possibilità di intesa.

Toccherò solo – e riassuntivamente - quattro punti, quelli che mi sembrano i più importanti (e anche i più difficili): 1) i motivi che spingono alcuni, giunti alla fase terminale della loro vita, ad accelerare il loro *exitus*; 2) la distinzione tra i vari tipi di morte (volontaria, non volontaria, involontaria); 3) la distinzione tra cessazione dell'accanimento terapeutico, eutanasia passiva, suicidio assistito, eutanasia attiva; 4) *il testamento di vita* e l'individuazione di colui o di coloro che siano chiamati a metterlo in atto.

1) I dolori e le sofferenze prolungati, atroci e insostenibili; il senso profondo di solitudine; il venir meno irrimediabile della propria autonomia (e cioè, dal punto di vista laico, la perdita di significato della propria vita) e la dipendenza dagli altri (generalmente, dalle persone più vicine e più care, la cui vita viene *invasa* dai compiti di un'assistenza a oltranza), sono i principali motivi, non reciprocamente escludentisi, che fanno vedere l'eutanasia come una soluzione possibile. Talvolta come l'unica soluzione.

Il dolore, oggi, in buona parte dei casi, può essere lenito fino a portarlo a un'intensità tollerabile. Le cure palliative, ha insistito Umberto Veronesi, se adeguatamente praticate, in luoghi idonei - i cosiddetti *hospice*, l'assistenza a domicilio, l'ambiente familiare, l'ambulatorio, l'autonoma gestione della terapia antalgica – a seconda delle circo-

stanze, riducono sensibilmente il numero di coloro che invocano provvedimenti eutanasi nei loro confronti.

Ci sono da superare, a questo riguardo, dei pregiudizi che toccano tanto i comuni cittadini che il personale sanitario. Si pensa al dolore come a qualcosa di *naturale*, di ineliminabile, di secondario. Non lo si riconosce come parte costitutiva della patologia, ma solo come un suo effetto. Si teme l'impiego degli oppiacei (e in particolare della morfina e dei suoi derivati) sia perché il loro impiego viene interpretato come segno della gravità estrema delle condizioni in cui si versa, sia perché si vede sorgere lo spettro dell'assuefazione. Alcuni vanno oltre – seguendo convinzioni di tipo religioso – e interpretano dolore e sofferenza come un merito, un pegno per la vita ultraterrena, anche se, per il vero, questa tesi, oggi trova un numero minore di sostenitori rispetto a quel che avveniva nel passato.

Nella prassi quotidiana si è fatta strada, anche tra i medici cattolici, l'accettazione del principio del *doppio effetto*, una teoria che *permette di considerare leciti tutti quegli interventi che di fronte a un morente affetto da gravi sofferenze non si limitano a una inerzia passiva, ma fanno uso di analgesici con l'intenzione di alleviarne le sofferenze. Dosi crescenti di analgesico sono giustificate per rendere efficace la terapia del dolore; l'eventuale abbreviamento della vita del morente a causa di tali dosi non viene considerato come un'aggravante per tale comportamento, in quanto si tratta di un effetto secondario, non voluto; un atto rivolto in primo luogo a determinare un risultato benefico.* Un principio sul quale concorda anche mons. Sgreccia. [16, 711; 17, 83]

L'adozione di questo criterio è, evidentemente, di grande importanza e diminuisce notevolmente la distanza tra medicina che ubbidisce a un'etica religiosa e medicina laica. Tuttavia la sua applicazione non è esente da dubbi, incertezze e anche da contraddizioni, che toccano, soprattutto, i credenti.

Infatti, la Chiesa da un lato afferma, con grande risolutezza, che nulla può giustificare l'eutanasia: *[...] è necessario ribadire con tutta fermezza che niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato, incurabile o agonizzante. Nessuno, inoltre può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può consentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità.* [5, Dichiarazione 81]

Ma, dall'altro lato - conformemente a un pronunciamento di Pio XII che, nel 1957, aveva affronta-

to la questione e aveva considerato lecito l'uso di analgesici per alleviare le sofferenze da parto e, con certi limiti, anche quelle del morente – fa appello alla *prudenza umana e cristiana, la quale suggerisce per la maggior parte degli ammalati l'uso dei medicinali che siano atti a lenire o a sopprimere il dolore, anche se ne possono derivare come effetti secondari torpore o minore lucidità*. Quanto a coloro che non sono in grado di esprimersi, si potrà ragionevolmente presumere che desiderino prendere tali calmanti e somministrarli loro secondo i consigli del medico. [5, Dichiarazione 83] E quest'ultima affermazione sembra aprire uno spiraglio all'accoglimento del cosiddetto *testamento di vita*.

Lo stesso Pio XII, nel 1957, in risposta a un quesito rivoltagli in merito dalle associazioni mediche aveva risposto, secondo lo stesso spirito, affrontando un altro aspetto della questione: *Quando, nonostante gli obblighi che gli incombono il morente domandi la narcosi per cui esistano motivi seri, un medico cosciente non si presterà mai, soprattutto se è cristiano, senza averlo invitato egli stesso, o meglio ancora per mezzo di altri, a compiere prima i suoi doveri. Se il malato si rifiuta ostinatamente e persiste nel chiedere la narcosi, il medico può consentirvi senza rendersi colpevole di collaborazione formale alla colpa commessa. Questa, infatti, non dipende dalla narcosi, ma dalla volontà immorale del paziente*. [6, 733]

È chiaro che uno dei punti delicati di questa posizione riguarda l'accertamento della reale intenzione di chi somministra l'analgesico: lo fa per finalità antalgiche o eutanasiche? Fino a qual punto è possibile distinguere fra l'una e l'altra?

Da parte cattolica è stato sostenuto che *Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto*. [5, Dichiarazione 81] Queste affermazioni, pur contenendo un elemento di verità devono essere prese con qualche cautela. Non è da trascurare, infatti, il fenomeno in certo modo inverso, per il quale i dolori cupi, gravi e prolungati, separano il malato dal contesto ambientale e lo rinchiodano in una solitudine difficilmente violabile, se non a patto di accrescerne le sofferenze. [3,18]

2) Per quel che riguarda i vari gradi di volontarietà dell'eutanasia, sembra accettabile il chiarimento di Lecaldano: *Possiamo [...] considerare un'«eutanasia volontaria» [...] quella attivamente operata su un morente che l'abbia esplicitamente richiesta. Considereremo «eutanasia non volontaria» quella che coinvolge un essere umano che non sia in grado di manifestare la propria volontà*. In questo interno un'ulteriore distinzione corre tra chi non è biologicamente in grado di esprimerla (ad

es.: un neonato anencefalico) e chi l'ha perduta (stato di coma irreversibile). In questo secondo caso si può tentare di accertare se l'individuo avesse espresso in precedenza le sue volontà. *L'«eutanasia involontaria» infine è quella che coinvolge un essere umano che subisce un intervento eutanasicco indipendentemente dalla sua volontà, in quanto o non gli è stato chiesto di esprimerla, anche se non era in condizioni di farlo, o ha addirittura negato il suo consenso*. [16, 712]

Intorno all'ultimo caso – l'eutanasia involontaria – non vi è discussione: tutti quanti, credenti o laici, escludono categoricamente che si possa praticarla. Non vi è chi non ricordi i campi di sterminio nazisti e non respinga con orrore le crudeli sperimentazioni condotte su molti deportati, contro la loro volontà. Proprio di lì è derivato il principio giuridico dell'obbligo del *consenso informato*, oggi diffuso in tutto il mondo occidentale. Nemmeno una qualsiasi terapia del dolore può essere applicata se non vi è una sua preliminare accettazione. Rimane l'eutanasia volontaria, che è l'oggetto principale di questo intervento, e per la cui trattazione rinvio al punto n. 4.

3) Completiamo l'elenco di poco prima, con l'intento di concepirlo – in quanto possibile – come una scala di *densità* problematica crescente: cessazione dell'accanimento terapeutico, eutanasia passiva, suicidio assistito, eutanasia attiva, omicidio.

Qui la difficoltà iniziale è costituita dall'impossibilità di delineare una distinzione netta tra l'uno e l'altro grado.

Ancora una volta – e fortunatamente – ci troviamo dinanzi a un accordo preliminare fra laici e non-laici, uniti nella condanna dell'accanimento terapeutico. Una condanna che, ormai, è entrata a far parte del codice deontologico medico. Subito dopo le strade si biforcano e si allontanano l'una dall'altra.

Ma, a ben vedere, i guai cominciano già con l'accanimento terapeutico. In che cosa consiste? come lo si definisce? Alcuni studiosi di bioetica di parte cattolica hanno proposto: accanimento terapeutico, no; insistenza terapeutica, sì. [19, Manni 404] Dov'è la differenza? E dov'è la differenza fra terapia *normale o ordinaria* e insistenza terapeutica? Vi è qualche farmaco efficace (o, ancora più in generale, qualche terapia) che non abbia, accanto ad effetti desiderati, anche effetti indesiderati? La somministrazione di una medicina non è sempre un rischio, e sia pure un rischio calcolato?

Un altro tentativo – sempre di parte cattolica – è stato quello di distinguere tra mezzi di cura *straordinari o non proporzionati* (da respingere) e mezzi di cura *ordinari e proporzionati* (da accogliere), un criterio che ha condotto a un'altra distinzione, non meno complessa e discutibile, tra *iniziare, omette-*

re e sospendere una cura. [16, 711]

A tutta prima, una via di uscita da questo che è un vero e proprio ginepraio, sembra essere rappresentata da questa definizione: si chiama «accanimento terapeutico» il ricorso a tutti i mezzi noti alla scienza medica, finalizzati unicamente al mantenimento delle funzioni vitali essenziali di un paziente palesemente giunto alla fine della sua esistenza, anche quando per il paziente non vi è alcuna speranza di un suo miglioramento, né – tanto meno – di una sua guarigione. Ma l'interrogativo non fa altro che spostarsi sui criteri di valutazione del medico e sulla sua intenzione. I primi contengono un'ineliminabile componente di soggettività e la seconda è di difficile accertamento.

Questo intrico di problemi ha indotto uno dei maggiori studiosi italiani di bioetica, Francesco D'Agostino, cattolico, a cercare una semplificazione che ha, quanto meno, il pregio della chiarezza: *vi è eutanasia «se» e «solo se» un medico pone termine alla vita di un paziente terminale dietro sua richiesta. Questo mi sembra l'unico modo veramente corretto di usare il termine «eutanasia»*. [23, D'Agostino 32] E questo punto di vista, accettabile anche per un laico, rimanda di nuovo al «testamento di vita».

4) Negli ultimi tempi, in diversi Paesi del mondo occidentale, si è andato diffondendo l'uso di redigere, appunto, un *testamento di vita* (o testamento biologico, o *living will*, o carta di autodeterminazione, o *Biocard*), in cui chi lo desidera esprime le proprie volontà intorno al da farsi nel caso in cui le sue condizioni biologiche (fisiche e psichiche) siano giunte a un grado di estrema gravità ed egli non sia più in grado di comunicare con gli altri. Siamo dinanzi a uno dei tanti riflessi della diversità di condizione tra il Nord e il Sud del mondo.

Occorre tener presente, infatti, che – considerato da un punto di vista più ampio – il problema dell'eutanasia appare come un problema tipico delle società del benessere, alla pari di tanti altri proposti dalla bioetica. A centinaia e centinaia di milioni di uomini nel mondo, assediati dalla fame e dalla miseria, non si offre nessuna scelta non solo per il modo di morire, ma nemmeno per quello di vivere. In questi casi le condizioni materiali di vita sono talmente negative da far apparire insignificanti e perfino risibili tutte le questioni – anche le più drammatiche – che non abbiano come loro oggetto concreto la rimozione o l'attenuazione di questi dati di partenza. I miracoli della bio-medicina, in un simile contesto, assumono soltanto un valore paradigmatico, di fine che tutti quanti, idealmente, dovrebbero poter raggiungere.

Nella stessa società «opulenta» (e che non è mai tale interamente), l'insorgere e il prender campo di questioni come quella dell'eutanasia, è una spia della presenza di difficoltà e di contraddizioni non

lievi. Il progresso, se di questo si tratta, ha un suo prezzo o, se vogliamo, c'è sempre un malessere specifico che accompagna uno specifico benessere. [22, 28; 15, 160]

È tuttavia innegabile che proporre un «testamento di vita» abbia un senso all'interno della nostra società. Anzi, oggi, si parla preferibilmente di *directive anticipate*, che comprendono, oltre la stesura di un *living will* anche la nomina di un *fiduciario di vita* il quale agisca per conto di chi ha perduto le proprie capacità di autodeterminazione nel senso indicato dal documento sottoscritto in precedenza, quando il soggetto era ancora pienamente consapevole di sé. Questo criterio – a cui hanno fatto ricorso, soprattutto, ammalati di AIDS – è ancora, manifestamente, uno strumento riservato a una *élite*, ma appare destinato a trovare ulteriori consensi, anche se il farvi ricorso genera serie difficoltà di ordine pratico, giuridico e psicologico (queste ultime gravanti, come è agevole immaginare, soprattutto sopra il *fiduciario*). [15, 66 e 82 e 95]

Sono stati proposti molti «modelli» per il testamento di vita. Si potrebbe quasi dire: uno per ciascuna delle numerose associazioni eutanasiche esistenti. Ma la morte di ognuno di noi, come la sua vita, è unica e irripetibile. Non è possibile prevederla se non attraverso ipotesi molto generali, a cui conviene attenersi. Il *living will*, poi, come ogni altro testamento può accogliere anche disposizioni particolari dettate da chi lo redige, non dimenticando mai, tuttavia, che, alla resa dei conti, si tratta della richiesta di un intervento risolutivo di una vita che non viene considerata più degna di essere vissuta, avvenga questo con una cessazione delle terapie in atto di puro mantenimento in vita o in altra forma.

Molti raccomandano che, nel rivolgere la richiesta, la si indirizzi anche e prima che agli altri medici, a quello di cui si è in cura. Si ricorda che è opportuno ripetere più volte, attraverso il tempo, la richiesta stessa e, infine, si invita l'interessato a tener presente che essa è sempre revocabile. [16, 713] Rimane fermo, inoltre, che è *l'ultima volontà espressa consapevolmente quella eticamente rilevante, anche se essa va in senso contrario a un documento già sottoscritto*. [16, 715]

In Italia, il testamento di vita è stato presentato, per la prima volta, nel 1990 al Convegno nazionale di «Politeia», senza esiti positivi, almeno nella sua immediatezza. Seguì una «Carta dell'autodeterminazione», anch'essa molto discussa, proposta dalla Consulta di Bioetica. [2, 47; 3, 39 nota 1] Intanto, in vari Paesi (in primo luogo l'Olanda, ma anche l'Australia, la Danimarca, la California, l'Oregon) si prendevano provvedimenti che implicavano il riconoscimento della validità, a certe condizioni, del *living will*. [5, 16; 11, 102-103; 12, 156-157; 16, 715-716; 20, 56; 23, D'Agostino 32]

Per l'Italia il riferimento attuale è costituito dalla legge n. 145 del 2001, approvata sul finire della scorsa legislatura e che ratifica la Convenzione europea di biomedicina. L'articolo 9 di questa Convenzione è intitolato *Desideri precedentemente espressi* e recita: *Verranno presi in considerazione i desideri precedentemente espressi in relazione a un intervento medico da un paziente che al momento dell'intervento medico non sia in grado di esprimere la propria volontà.*[23, Rodotà 41] A distanza di tre anni – stando a quello che mi consta – questo principio deve ancora trovare la sua applicazione e la sua regolamentazione. Né ha trovato uno sfocio pratico la raccomandazione, contenuta nel codice deontologico dei medici, di tener conto delle volontà del paziente per quel che riguarda le fasi terminali della sua vita.

Ritengo che un primo passo concreto, a questo fine, possa essere quello di fare in modo che il cittadino che lo desidera può depositare il suo testamento di vita presso il proprio medico di base e/o presso la AUSL di competenza. Colgo l'occasione, quindi, per chiedere – anche a nome della sezione di terapia del dolore (che fa parte del Coordinamento del Volontariato di Arezzo) – l'attenzione della FIMMG aretina e della AUSL8 per questa proposta, almeno sotto la forma dell'apertura di una discussione sulla sua realizzabilità. – In questa prospettiva potrebbe essere utile costituire un gruppo di lavoro «misto» (di medici e di non medici) che esamini il problema e ne individui accettabili soluzioni.

È evidente che, una volta riscontrata la validità del testamento di vita in ogni suo aspetto e una volta deciso che ricorrono tutte le condizioni richieste perché la volontà del testatore venga accolta, uno dei punti-chiave più importanti (e certamente uno dei più delicati) è quello di dare una risposta alla domanda: chi, di fatto, compie l'intervento eutanasico?

La replica più spontanea e ricorrente è: il medico. Ma il medico, non senza fondato motivo, può sentirsi chiamato ad assumere una responsabilità più grande di lui. Non si tratta solo di venir meno al giuramento ippocratico, remoto nel tempo e ispirato a una morale difficilmente applicabile nella pienezza del suo significato alla società attuale, ma anche di vincere una presumibile resistenza interiore – tanto etica che emotiva – a far cessare la vita (o quel che resta di una vita) di un altro uomo. Se si introduce anche a questo proposito, come per l'aborto, il principio dell'obiezione di coscienza, è più che verosimile che essa trovi una larga adesione nel personale sanitario e i pochi medici disponibili a compiere l'intervento eutanasico verrebbero a trovarsi nella condizione di essere nulla più che uno strumento, nell'ambito di una

concezione dei rapporti tra personale sanitario e malati che già per suo conto diviene di giorno in giorno sempre più *contrattualistica*. [3, 29]

Si tratta di responsabilità non lievi che debbono portare a decisioni tempestive e chiare, in momenti che non favoriscono né la tempestività né la chiarezza. Coloro che sono più vicini affettivamente al malato terminale sono, con ogni verosimiglianza, attraversati da emozioni intense, da sentimenti confusi e contraddittori (il dilemma è tra veder morire e veder soffrire ed è un dilemma che lacera tanto l'io quanto il tu: mai forse come in queste circostanze è tanto evidente la fondamentale ambiguità del vivere umano). I medici non possono, certo, essere considerati come dei meri e meccanici esecutori (ne deriverebbe, quanto meno, una negazione della loro dignità); anche se non lo volessero interverranno, oltre che con il peso delle loro cognizioni professionali, anche con quello delle loro convinzioni. Informeranno, formuleranno previsioni probabilistiche, illustreranno le conseguenze delle diverse scelte possibili, ma decidere quale questa possa essere appartiene anche alla loro libera volontà, a una raggiunta intima convinzione. Nessuno può essere lasciato solo a chiudere il rubinetto.

Con ogni verosimiglianza qui sta il segreto per sciogliere un nodo tanto doloroso. La decisione, quale che essa sia, deve essere il risultato di un incontro tra l'amore e la conoscenza. Si deve cercare ostinatamente di costruire un concorso di attenzione profonda e meditata nei confronti del malato terminale, tra i suoi congiunti (non dimenticando che si danno anche casi in cui essi non sono guidati unicamente dall'affetto) e il personale sanitario. L'eutanasia ha significato soltanto se essa diviene un atto di solidarietà umana, in cui è incluso anche il rispetto per la volontà altrui. [22, 27]

[1] ALICI, Luigi; D'AGOSTINO, Francesco; SANTEUSANIO Fausto, *La dignità degli ultimi giorni*, Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo 1998, pp. 124

[2] BARCARO, Rosangela, *Dignità della morte, accanimento terapeutico ed eutanasia*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane 2001, pp. 65

[3] BECCHI, Paolo, *Questioni vitali. Eutanasia e clonazione nell'attuale dibattito bioetico*, Napoli, Loffredo Editore 2001, pp. 133

[4] BELLINO, Francesco, *I fondamenti della bioetica: aspetti antropologici, ontologici e morali*, Roma, Città nuova 1993, pp. 184

[5] BERLENDIS, Alfredo, *L'eutanasia. Il diritto a vivere dignitosamente la propria morte*, Torino, Claudiana Editrice 1981, pp. 90

[6] BERTETTO, D. (a cura di), *Pio XII e l'umana sofferenza*, Roma, Edizioni Paoline 1961, pp. 874

[7] BIOLO, Salvino, *Nascita e morte dell'uomo. Problemi filosofici e scientifici della bioetica*, Genova, Marietti 1993, pp. 254

[8] CATTORINI, Paolo (a cura di), *Le direttive anticipate del malato. Esperienze operative e questioni etico-giuridiche*, Milano, Masson 1999, pp. XIV, 131

- [9] "Comitato Nazionale per la Bioetica", *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana* - 14 luglio 1995, [Roma], Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per l'informazione e l'editoria 1995, pp. 80
- [10] "Convegno Giuridico: *Vivere un diritto o un dovere? Problematiche dell'eutanasia* - Atti a cura dell'avv. Gianfranco Paris, Rieti, 23-26 ottobre 1986", Roma, Edizioni della B.I.G. [198?], pp. 407
- [11] DAMENO, Roberta, *Quali regole per la bioetica? Scelte legislative e diritti fondamentali*, Milano, Edizioni Angelo Guerini e Associati 2002, pp. 207
- [12] DWORKIN, Gerald; FREY, Raymond G., BOK, Sissela, *Eutanasia e suicidio assistito. Pro e contro*, Torino, Edizioni di Comunità 2001, pp. XII, 177
- [13] "Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza", *Bioetica, aborto, eutanasia*, Torino, Claudiana 1998, pp. 95
- [14] JENS, Walter; KÜNG, Hans, *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, Milano, Rizzoli 1996, pp. 160
- [15] LAMB, David, *L'etica alle frontiere della vita*, Bologna, Il Mulino 1995, pp. 210
- [16] LECALDANO, Eugenio, *Eutanasia*, in "Enciclopedia delle scienze sociali", vol. III, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana 1993, pp. 709-717
- [17] NERI, Demetrio, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Roma-Bari, Laterza 1995, pp. XIX, 197
- [18] RODOTÀ, Stefano (a cura di), *Questioni di bioetica*, Roma-Bari, Laterza 1997, pp. XII, 443
- [19] ROMANO, Carlo; GRASSANI, Goffredo, *Bioetica*, Torino, UTET 1995, pp. XVI, 737
- [20] RUSSO, Giovanni, *Formarsi alla bioetica e al valore della vita: linee-guida per l'insegnamento della religione cattolica, la catechesi, la parrocchia, l'anima di quartiere*, Messina, Cooperativa S. Tommaso [1996], pp. 127
- [21] SALVADORI, Roberto G., *La bioetica e il concetto di persona*, Arezzo, Azienda Unità Sanitaria Locale [ciclostilato] 1999
- [22] SALVADORI, Roberto G., *Un grave e complesso problema di bioetica: l'eutanasia*, in "Il Calendario del Popolo", a. 55, n. 635 (ottobre 1999), pp. 23-29
- [23] SEMPLICI, Stefano (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Bologna, Il Mulino 2002, pp. 221
- [24] SINGER, Peter, *Ripensare la vita. Tecnologia e bioetica: una nuova morale per il mondo moderno*, Milano, Il Saggiatore 2000 [1a ed. 1996], pp. 238
- [25] *Trapianto (II) d'organo: problemi giuridici e morali. Atti del Congresso «Diritto alla vita. Diritto alla morte. Roma, 5 maggio 1983»*, Roma, Stab. Tip. U Quintily 1983, pp. 95

AVVELENAMENTO DA MORSO DI VIPERA PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

Claudia Recine*, Benedetta Valli***, Sara Marsupini***, Rita Gabini**, Raffaella Pavani**

*Direttore U.O Anestesia e Rianimazione Ospedale SAN DONATO Arezzo

** U.O Anestesia e Rianimazione

***Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di Siena

Per informazioni:

Dott.ssa Pavani Raffaella

tel. 0575906300

E-mailparaffa@aliceposta.it

CASO CLINICO

Nel Giugno del 2003 alle h 11:00, un uomo di 82 anni con anamnesi positiva per BPCO e cardiopatia ischemica giungeva al Pronto Soccorso dell' Ospedale "San Donato" di Arezzo in preda ad agitazione psicomotoria, scarsamente collaborante, lamentando forti dolori addominali accompagnati da vomito e diarrea. All'esame obiettivo si osservavano due segni di puntura ravvicinati all'altezza della mano sinistra associati ad edema duro diffuso a tutto l'arto interessato.

Dall'anamnesi raccolta dalla moglie si evince che il paziente poco prima, mentre era dedito ad attività agricola nel proprio orto, in località montana, era stato morso da un serpente portato in visione dalla donna, dopo che lo stesso marito lo aveva colpito mortalmente. Si trattava, sicuramente di una vipera. (Fig. 1)

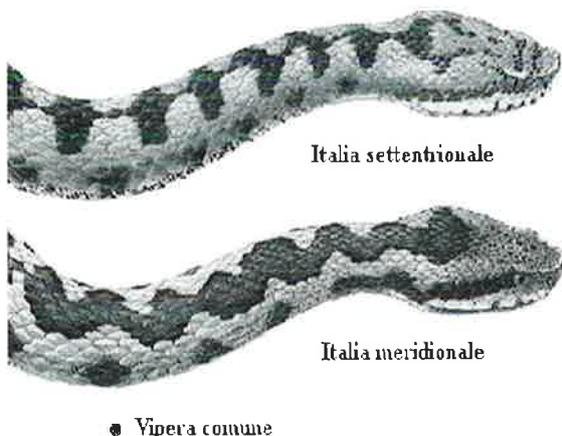


Fig. 1

Il paziente appare profondamente astenico, ipoteso PA 80/60mmhg; tachicardico FC 120bpm; con mazzature bluastre diffuse a tutto il corpo, per cui si dispone il ricovero in Terapia Intensiva.

Ricoverato in Rianimazione vengono monito-

rizzati i parametri vitali; si eseguono prelievi emogasanalitici ed esami di laboratorio, si incannula vena centrale e si procede ad espansione volêmica con cristalloidi e colloidi.

Il pz appare, inoltre, in stato comatoso con agitazione psicomotoria e ben presto presenta un deterioramento della funzionalità respiratoria che richiede il ricorso all'intubazione orotracheale ed al supporto ventilatorio meccanico.

Nonostante il riempimento volêmico persiste ipotensione importante PA 70/50mmh, tachicardia (130 bpm) ed anuria che giustificano il ricorso al supporto inotropo dopaminergico e di noradrenalina. Inoltre, si associa grave stato di coagulopatia con riduzione del tempo di protrombina, dell'antitrombina III ed aumento del D-dimero che hanno richiesto ripetute trasfusioni di plasma fresco concentrato. (Tab. 1)

Si pratica siero per profilassi antitetanica.

Viperidi	Colubridi
Taglia <60 cm	>60 cm
Testa triangolare	Rotonda
Occhio a fessura verticale	Rotondo
Colori accesi	Scuri
Netta differenza tra corpo e coda	Coda non distinguibile dal corpo

Tab. 1

Continuano inoltre le abbondanti scariche diarroidiche.

Il quadro clinico depone, chiaramente, per una forma severa di avvelenamento da vipera, e visti gli insuccessi della terapia di supporto e sintomatica, dopo avere ottenuto il consenso dai familiari si dispone la somministrazione di siero antiofidico tetravalente purificato di origine equina, per via E.V. lenta.

Alle h 18:30, la stabilità dei parametri emodinamici ha permesso di sospendere l'infusione di noradrenalina, mentre la normalizzazione dei parametri coagulativi è avvenuta solo in quarta giornata. Il miglioramento delle condizioni generali del paziente ha permesso il suo trasferimento in un reparto di Medicina solo in sesta giornata.

DISCUSSIONE

Il morso di serpenti velenosi, contrariamente a quanto avviene negli Stati Uniti e nei paesi tropicali, non è un'evenienza comune in Europa, né tantomeno in Italia.

Le uniche specie di serpenti velenosi esistenti nel

nostro Paese appartengono alla famiglia dei *viperidi*.

Il morso di vipera è codificato, secondo la ICD 9 (International Classification Disease 9th editino) con il numero 989,5, comprensivo di tutti gli avvelenamenti attribuiti ad animali (serpenti, scorpioni, ragni, pesci ecc); ciò rende quasi impossibile fare una stima realistica del numero di pazienti intossicati da veleno di vipera.

Dai dati nazionali relativi ai ricoveri ospedalieri per il 1997 risulta che i pazienti dimessi con tale codifica erano 3.215 ma è impossibile distinguere quanti siano riferibili a morsi di vipera e quanti ad altri rettili od animali.

Complessivamente vengono stimate circa 50 morti/anno per morso di vipera in tutta Europa (esclusa la Russia e i paesi dell'Est). Dati più precisi si hanno dalla Svezia dove sono riferiti, per il 1995, 231 ricoveri per morso di vipera, di cui il 41% hanno sviluppato sintomi; di questi ultimi solo il 45%, cioè il 18% di tutti i ricoveri, ha richiesto il trattamento con siero antiofidico.

Le uniche specie di serpenti velenosi esistenti nel nostro paese appartengono alla famiglia dei viperini appartengono quattro specie (vipera aspis, v. berus, v. ammodytes e v. ursinii): la vipera aspis (vipera comune) è la più diffusa e responsabile di avvelenamento (Fig. 1). La coesistenza di altri serpenti non velenosi pone il problema, non sempre facile, dell'identificazione del rettile, momento di fondamentale importanza per la terapia. Le cosiddette serpi innocue (appartenenti alla famiglia dei colubridi) presentano caratteristiche morfologiche differenti, che non è facile cogliere (Tab.2).

Il morso della vipera è caratterizzato dall'impronta delle zanne velenifere, due piccoli forellini distan-

ti tra loro 6-8 mm., mentre il morso della serpe lascia il segno di diversi denti disposti a semicerchio. Se assenti, non c'è stato avvelenamento (per strato protettivo interposto tra serpente e cute > 7 mm).

Non sempre il morso di una vipera è seguito dall'inoculazione del veleno. Il veleno delle vipere, secreto da ghiandole specializzate, è composto da tossine, enzimi e altre sostanze non proteiche quali: **Ialuronidasi**: facilita la diffusione e l'assorbimento del veleno; **Proteasi**: scindono le catene polipeptidiche; **Ossidasi**: alterano l'endotelio dei piccoli vasi e potenziano l'azione necrotica delle proteasi; **Esterasi**: trasformano la lecitina plasmatica in lisolecitina dotata di potere emolitico e **Coagulasi**: a piccole dosi sono procoagulanti, a dosi elevate provocano invece una coagulopatia da consumo (CID).

L'iniezione del veleno (in media 5-40 mg) è seguita dopo 30 minuti dai segni locali caratteristici dell'avvelenamento che sono l'edema, emorragie e raramente la necrosi locale (per le proteasi e fosfolipasi contenute nel veleno; frequente soprattutto con il veleno della vipera Aspisi). Dopo il morso compare un dolore intenso, di tipo bruciante o pungente (che può però mancare in un buon numero di casi ed essere paragonato ad una banale puntura); nelle ore successive si accompagna ad edema ed eritema.

Dopo alcune ore per l'assorbimento del veleno per via linfatica compare una linfangite con linfadenite regionale. L'area lesa diventa ecchimotica, dopo 12 ore per l'emolisi locale è rosso-bluastro o francamente ecchimotica, fino a diventare nerastra per la necrosi locale (rara). Nei casi più gravi anche le ecchimosi possono estendersi centralmente seguendo il decorso dei linfatici; gli strava-

si ematici sono dovuti all'attività proteolitica del veleno che demolisce le pareti dei vasi sanguigni (soprattutto arteriole e capillari). Ai segni locali, in relazione alla dose, alla zona interessata e alla taglia del soggetto, si aggiungono i segni generali con turbe emodinamiche, digestive, coagulative e renali. *Le turbe emodinamiche* sono determinate da una fuga massiva di liquidi verso l'interstizio con vasoplegia; *le turbe digestive* per iperattività della muscolatura liscia consistono in vomito e diarrea. *Le alterazioni della coagulazione* possono variare da una fibrinolisi, ad una trombopenia, ad una emolisi o ad una coagulazione intravascolare disseminata. Le turbe renali sono per lo più la conseguenza della necrosi corticale da CID, della necrosi tubulare da shock protratto o per effetto

Sintomi	Segni	Manifestazioni di laboratorio
Vertigini	Tendenza all'emorragia	• Anemia normocromica • Aumento del volume globulare
Sete intensa	Vomito e diarrea	• Riduzione dell'ematocrito • Reticolocitosi • Piastrinopenia
Senso di freddo e brividi	Ipertermia e sudorazione fredda	• Aumento della VES • Diminuzione della resistenza osmotica delle emazie
Artroalgia	Tachicardia	• Aumento del TAP e del PTT • Ipo-fibrinogenemia
Astenia (fino all'afonia)	Ipotensione arteriosa fino allo shock	• Aumento dei prodotti di degradazione del fibrinogeno • Ipo-calce mia • Aumento delle CK • Riduzione del bicarbonato sierico
Cardiopalmo	Fascicolazioni o spasmi muscolari dolorosi	
Cefalea	Midriasi e ptosi palpebrale	
Dolore addominale	Atassia	
Diplopia	Emiparesi transitoria	
	Sincope, obnubilamento del sensorio fino al coma	
	Depressione respiratoria	

Tab. 2

diretto nefrotossico del veleno, raramente per emolisi massiva. (Tab.2)

In relazione alla gravità dei morsi di vipera è nata una classificazione per gradi (Tab. 3).

Per il trattamento extraospedaliero, innanzitutto, è fondamentale tranquillizzare il paziente, immobiliz-

Grado 0	Assenza di avvelenamento	Tracce di morso, assenza di segni locali
Grado 1	Avvelenamento minimo	Edema localizzato alla zona del morso, assenza di segni generali
Grado 2	Avvelenamento moderato	Edema regionale esteso a parte dell'arto colpito, ipotensione senza shock, vomito, diarrea
Grado 3	Avvelenamento severo	Edema esteso fino al tronco, ipotensione prolungata o stato di shock, sanguinamento

Tab. 3

zare l'arto con stecca o altri mezzi di fortuna al fine di impedire i movimenti; trasportare il paziente al più vicino ospedale; evitare le manovre tradizionali quali laccio, taglio e suzione, che oltre a non essere efficaci possono causare danni iatrogeni della parte interessata ed aumentare la diffusione del veleno; evitare la somministrazione di siero (immunoglobuline di origine equina) al di fuori di un ambiente ospedaliero per il rischio di shock anafilattico. Qualsiasi paziente con morso di vipera accertato o anche solo sospetto deve essere tenuto in osservazione per almeno 8-12 ore , inoltre è necessario : - Disinfettare la ferita e verificare immunizzazione antitetanica antibiotico profilassi. ; - Controllare, all'ingresso e successivamente, emocromo completo e piastrine, screening coagulazione (PT INR , PTT, Fibrinogeno), elettroliti, azotemia, creatininemia, esame urine ; - Controllare la progressione dell'edema trattenere in osservazione il paziente per almeno 8-12 ore anche se asintomatico. La somministrazione del siero è indicata solo se il paziente diventa sintomatico, ed in particolare nei casi in cui compaiono

- Alterazioni dei parametri emocoagulativi ;
- Ipotensione grave o shock ;
- Sintomi gastroenterici importanti e prolungati ;
- Aritmie cardiache, dispnea ;
- Edema imponente dell'arto coinvolto.

Trattandosi di un siero eterologo (ricavato da cavalli iperimmunizzati) esiste la possibilità di reazioni anafilattiche immediate o ritardate (malattia da siero). Segnalazioni di incidenti, talvolta mortali³, conseguenti al suo uso e, la benignità della

maggior parte dei morsi di serpente hanno indotto ad un impiego estremamente prudente del siero antiviera. D'altro canto, forme gravi, soprattutto nei bambini⁴, impongono il trattamento specifico precoce. La dose e la via di somministrazione del siero è controversa: si possono utilizzare 2 fiale per via endovenosa (diluite in 100 cc.) in 30 min. La somministrazione sottocutanea di una dose test non è utile a smascherare le possibili reazioni anafilattiche al siero e rischia di ritardare la terapia.

CONCLUSIONE

Nel caso clinico descritto, il serpente portato in visione e la comparsa dei segni locali non ponevano dubbi sulla diagnosi; la gravità del quadro clinico ha reso necessario , il ricovero in Terapia Intensiva e la somministrazione del siero antiofidico. Secondo la classificazione per gradi riportata, si trattava di un avvelenamento grave, nei confronti del quale la sola terapia sintomatica sarebbe stata insufficiente. La sieroterapia specifica è ancor oggi utilizzata in modo "disinvolto" in presenza di un morso di serpente senza chiari segni di avvelenamento. Se è inutile e dannoso ricorrere al siero antiofidico in simili evenienze, la sua efficacia è indiscutibile nei gravi avvelenamenti.

Dai dati epidemiologici a disposizione se evince che il morso di vipera è di per sé un evento raro, alle nostre latitudini, ma ancora più rara è l'evenienza che esso si manifesti clinicamente in modo così grave.

Bibliografia

- ¹ Russell F.E., Carlson R.W., Wainschel et coll. Snake venom poisoning in the United States. Experience with 550 cases. JAMA 1975, 233, 341-344
- ² Audelbert F., Sorkine M., Bon C. Envenoming by viper bites in France: clinical gradation and biological quantification by ELISA. Toxicon, 1992
- ³ Reid H.A. Antivenom reactions and efficacy. Lancet, 1980, ii, 1024-1025
- ⁴ Rousselot J.M., Berthier J.C., Roze J.C., Floret D., Vidaihet M. Envenimation viperine grave. A propos de 7 observations pédiatriques. Arch. Fr. Pédiatr. 1991, 48, 591-592
- ⁵ Curry S.C., Kunkel D.B. Death from a rattlesnake bite. Am.J.Emerg.Med. 1985, 300:227
- ⁶ A.Pignataro, S. Mercadante, P. Villari Morso di vipera: caso clinico Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Buccheri La Ferla FF.B.F., Palermo

LA PEDIATRIA NEL DECENNIO 1938-'47

Francesca Farnetani*, **Italo Farnetani****

* Studentessa universitaria - Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

** Pediatra, giornalista, professore a contratto Università di Milano

Per corrispondenza:

Prof. Italo Farnetani

Professore a Contratto di Comunicazione in Pediatria, presso la Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Milano per l'anno accademico 2004/05.

Piaggia di Murello 44

52100 Arezzo

cell. 339.15.36.444

e-mail: italofarnetani@tin.it

Riassunto

Si esaminano gli anni che vanno dal '38 al '47 caratterizzati dall'azione di due medici aretini: Enzo Nucci e Riccardo Arrigoni. Si descrive l'assistenza sanitaria all'infanzia durante gli anni della seconda guerra mondiale e la lotta contro la poliomielite.

Parole chiave

Poliomielite, Istituto pediatrico provinciale, ONMI.

Il decennio che va dal 1938 al '47 è quello in cui la pediatria in provincia di Arezzo raggiunse il massimo "splendore". In questo periodo dettero anche il meglio di se stessi due grandi medici aretini, Enzo Nucci (Fig. 1) e Riccardo Arrigoni (Fig. 2).

Enzo Nucci

In questo periodo Enzo Nucci fu contemporaneamente direttore provinciale dell'ONMI (Opera nazionale maternità e infanzia) e direttore dell'Istituto pediatrico provinciale (Fig. 3). Enzo Nucci era nato ad Arezzo il 12 settembre 1900 da Enrico, vice-direttore dell'Ospedale pediatrico provinciale di Arezzo e da Emilia Bizzelli. Partecipò come tutti "i ragazzi del '900", alle ultime fasi della prima guerra mondiale.

Il 20 luglio 1924 si laureò in medicina e chirurgia presso l'università di Siena.

Nel 1924 si iscrisse all'ordine dei medici di Arezzo, nel 1926 al sindacato provinciale fascista dei medici di Arezzo. Presso l'Università di Firenze, sotto la direzione di Carlo Comba si specializzò in puericultura e igiene infantile nel marzo del 1927 e il 19 agosto dello stesso anno si specializzò in pediatria e puericultura.

Nel 1932 si iscrisse al partito fascista e nel 1934 entrò nella Milizia in cui gli fu riconosciuto il grado di capo manipolo medico corrispondente al grado di tenente medico che ricopriva nell'esercito.

Molto attivo nelle associazioni e istituzioni sociali e di volontariato, fondò nel 1932 l'AVIS

(Associazione Italiana Volontari del Sangue) e fu una delle prime d'Italia di cui successivamente divenne presidente e presidente onorario.

Presso l'Istituto pediatrico provinciale venivano assistiti i bambini illegittimi. Per consuetudine, presente già nei secoli precedenti, i brefotrofi avevano un'attività clinica, infatti gli esposti in buone condizioni venivano affidati a balie e famiglie esterne, quelli più gracili o malati venivano tenuti in ospedale. Proprio basandosi su questa impostazione presso i vari istituti pediatrici provinciali italiani veniva svolta un'attività clinica che proprio in questo decennio fu progressivamente riconosciuta. Ne è esempio il brefotrofio di Ferrara diretto da un grande pediatra, Marino Ortolani, o quello di Milano diretto da Piero Brusa, proprio durante gli anni '40 a cui fu riconosciuto il ruolo di ospedale. Per questo Enzo Nucci iniziò a gestire un vero e proprio ospedale pediatrico già dal 1938.

Durante gli anni della guerra l'ospedale pediatrico fu trasferito presso Villa Mancini a Giovi e il M. si trasferì con la famiglia a Villa ChERICI a Monte Petrognano, a poche centinaia di metri dalla sede provvisoria dell'ospedale. La contessa Giusini Mancini mise a disposizione del Nucci la propria automobile e il proprio autista permettendogli così di spostarsi per la provincia per svolgere le proprie funzioni di pediatra e direttore della OMNI. Negli anni della guerra infatti la pediatria italiana si trovò, in tutto il territorio nazionale a dover affrontare la situazione di emergenza, sia sul piano sanitario per una maggiore mortalità legata alle ridotte condizioni socioeconomiche, ma anche a carenze nutrizionali e a problemi sociali legati all'assistenza degli orfani degli illegittimi. Enzo Nucci, uomo generoso e sensibile ai problemi del sociale, si prodigò senza risparmio in questa azione, interrotta solo da un breve periodo di richiamo alle armi in qualità di ufficiale medico, come peraltro era avvenuto per tutti i direttori delle cliniche universitarie, i primari e i direttori degli istituti pediatrici provinciali.

Dopo la liberazione di Arezzo (16 luglio 1944) l'Istituto pediatrico provinciale ritornò nella abituale sede di Via Curtatone (figura 1) quasi contemporaneamente all'arrivo della grande e grave epidemia di febbre tifoidea che colpì nella seconda metà del 1944 l'intera Europa. Anche ad Arezzo ci fu un'alta mortalità, infatti non si disponeva ancora di terapia specifica perché il cloramfenicolo è stato

scoperto nel 1947.

In questi anni il Nucci raggiunse la massima concentrazione di cariche professionali e sociali, infatti nel 1946 fu eletto presidente del comitato provinciale di Arezzo della Croce Rossa Italiana, subentrando a Giuseppe Ficai (1880-1960) incarico che tenne fino al 1950. Nello stesso tempo era direttore sanitario della "Croce Bianca", incarico che lasciò quando ne divenne il presidente.

La grande epidemia di poliomielite del '39

Nel 1939, anche ad Arezzo si ebbe la prima grande epidemia di poliomielite; infatti la poliomielite, comparsa alla fine dell'800 aveva provocato in Europa solo pochi casi con episodi epidemici sporadici, per esempio in provincia di Arezzo quello nel 1932 che colpì soprattutto la zona di Arezzo e di Monte San Savino rendendo necessario la chiusura delle colonie elioterapiche in modo da poter ridurre la trasmissione del virus.

Nel 1939 si ebbero 550 casi in tutta la provincia dei quali 204 ad Arezzo. Negli anni successivi (fino agli anni cinquanta) si verificarono ad Arezzo una media di 60-100 casi all'anno. Il maggior numero di casi si presentava nel periodo primavera-estate. La poliomielite si presentava soprattutto nei bambini dai 6 mesi ai 3 anni.

Dell'epidemia del 1939 abbiamo un'accurata e approfondita descrizione in una pubblicazione del primario medico dell'ospedale di Arezzo, Riccardo Arrigoni (1904-1960), relazione presentata all'Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini" nel 1940 e intitolata «Sulla "malattia da virus poliomielitico" in provincia di Arezzo 1939». Ad Arezzo si ebbero 204 casi dei quali 118 (57,84%) erano maschi, 86 (42,15%) femmine. 131 (64,2%) avevano da 6 mesi a 3 anni. Solo 4 ave-



Arezzo - Istituto Provinciale Maternità e Infanzia

Fig. 3 - L'istituto pediatrico provinciale chiamato dalla popolazione «brefotrofito»

vano più di 18 anni. L'epidemia si presentò più concentrata in alcune zone, meno in altre e altre ancora venivano risparmiate senza però una ben precisa logica di diffusione, talvolta si trovavano



Fig. 1 - Enzo Nucci in alta uniforme da Tenente medico

dei casi in pazienti che abitavano in zone sperdute, mentre venivano risparmiate aree a più alta densità abitativa. Ci furono però 2 caratteristiche da sottolineare: le persone che abitavano in campagna tendevano a presentare forme più gravi rispetto agli abitanti delle città. L'ipotesi più probabile è che gli abitanti delle campagne che notoriamente si spostavano poco (qualcuno poteva andare al mercato) avessero una minor possibilità di venire a contatto con il virus della polio perciò fabbricarsi una piccola scorta di anticorpi che venivano prodotti durante le forme più lievi della malattia, quelle che non creavano paralisi, ma facevano produrre ugualmente una quantità di anticorpi in grado di creare una prima barriera per circoscrivere la diffusione del virus. Un'altra ipotesi da avanzare per un simile andamento è che gli abitanti delle campagne avessero una minor assistenza sanitaria e nello stesso tempo una minor abitudine a consultare il proprio medico per problemi banali, tanto da presentarsi solo quando la sintomatologia era più evidente. Era stato notato anche proprio durante l'epidemia del 1939 e degli anni suc-

cessivi, che spesso la malattia si presentava più grave in coincidenza di situazioni debilitanti dell'organismo, per esempio malattie concomitanti, come morbillo, pertosse o broncopolmonite, o vaccinazione antivaiolosa. L'altra caratteristica è che in genere veniva colpito da poliomielite un solo componente per famiglia. L'Arrigoni riporta il caso di 2 fratelli, uno di 8 anni e l'altro di 4 anni entrati in ospedale entrambi il 10 giugno 1939.

Durante l'epidemia del 1939 la mortalità per poliomielite ad Arezzo fu dell'11%. Riportiamo alcuni brani della descrizione della malattia fatta dall'Arrigoni nel già citato lavoro. La descrizione che ne fa è utile non solo per ricordare una malattia, per fortuna oggi scomparsa, ma soprattutto per seguire il ragionamento clinico e semiologico, oggi purtroppo spesso messo in secondo piano, basandosi quasi più su esami strumentali o di laboratorio.

«Per tutte le forme, anche per quelle che non si concludono in paralisi, esistono precocemente dei segni clinici, che, se bene messi in rilievo, e in periodo di epidemia, possono orientare verso una diagnosi almeno di presunzione. Una diagnosi di certezza nello stadio preparalitico, credo non si possa fare; ritengo tuttavia, sulla base della numerosa casistica osservata, che alcuni dati possano fortemente farla sospettare. Va bene che talora si possono avere solo dei sintomi generali febbrili senza sintomi locali soggettivi e obbiettivi, va bene che talvolta il breve periodo febbrile è accompagnato ora da turbe degli organi del respiro, con corizza, angina, bronchite (da simulare una forma influenzale), ora da turbe da parte del tubo gastro intestinale (da far pensare ad una gastro enterite usuale), ora da sintomi meningitici o poliomielitici senza disturbi evidenti di natura spinale, ma una particolare sintomatologia di fondo, quasi sempre presente, può veramente illuminarci.

Questa sintomatologia deve essere ricercata con molta attenzione ed ogni segno deve essere vagliato uno per uno. La febbre non ha carattere peculiare, ma la iperestesia, i facili sudori, una vaga dolorosa rigidità della colonna vertebrale e della nuca, la attenuazione dei riflessi tendinei, stati transitori di debolezza e di ipotonia in singoli gruppi muscolari, hanno, specialmente se si trovano riuniti, un grande valore

semiologico ai fini della diagnosi.

La febbre è stata sempre il primo segno di malattia. [...] Si presenta più o meno elevata fino a 39°-40°; per lo più con delle oscillazioni a tipo remittente e con massimi nelle ore pomeridiane. Abitualmente si mantiene per vari giorni (3-9 giorni) e cade quasi sempre per lisi. Di rado si presenta sotto forma di rialzi termici irregolari.

Spesso ho osservato fin dai primi giorni notevole sonnolenza di giorno e irrequietezza di notte. In molti casi il sonno è turbato da sogni cattivi, da delirio, grida frequenti, contrazioni fuggevoli dei muscoli con agitazione e sussulti sul letto.

Spesso ho potuto notare che il bambino, durante la veglia, è irrequieto, piagnucoloso, di cattivo umore, facile a spaventarsi e ad eccitarsi. In altri casi ho constatato una eccessiva timidezza, in altri variabilità del carattere.

Un segno che deve rientrare fra quelli che depongono più propriamente per la natura della malattia, è la iperestesia già nello stadio preparalitico. L'ho riscontrato con una certa frequenza: nel 61% dei casi. Il malato si lamenta con facilità e reagisce al minimo tocco della pelle e molto più nei movimenti attivi e passivi. Le stesse mamme riferiscono che talvolta il bambino dà segno di reagire appena si accorge di essere toccato e rimosso dalla posizione tenuta. [...]

Anche i sudori sono assai frequenti; questo segno l'ho riscontrato nel 40% dei casi. È particolarmente spiccato alla testa e alle estremità che saranno colpite da paralisi. [...] È sudorazione fredda.

Un altro segno precoce è costituito dall'astenia; astenia generale e tanto accentuata che il malato resta abbandonato in letto senza la forza di muoversi; male si spiega con i movimenti febbrili esistenti.



Fig. 2 - Riccardo Arrigoni nel 1943, sfollato a Tregozzano (AR) a Villa Gulielmi

Un altro segno assai importante dello stadio precoce è la facile comparsa di ipotonie muscolari. [...]

Volendo trarre un giudizio sintetico sul valore da assegnare ai segni precoci summenzionati, credo si possa così concludere: se alla febbre si accompagnano l'iperestesia, i sudori e una marcata astenia possiamo ritenerci autorizzati a sospettare della malattia, e sospettarla maggiormente se compaiono anche segni di alterato comportamento dei riflessi tendinei con debolezza e ipotonia, anche transitori, di singoli gruppi muscolari.

La malattia può non arrestarsi qui; può evolvere, come nei casi ospedalizzati, verso le più svariate forme nervose con lesioni molteplici differenti».

L'Arrigoni riportò che si potevano avere due varietà di poliomielite, la paralitica e la non paralitica. Della forma paralitica, presso l'Ospedale di Arezzo se n'erano verificati il maggior numero dei casi di cui 137 nella forma spinale. Di questi 99 erano a carico degli arti inferiori con paralisi, che costituivano il 48,52% del totale. Riportiamo una tabella, elaborata sui dati dell'Arrigoni.

Varietà paralitica	
1° - La forma spinale	137
2° - La forma bulbopontina	19
3° - La forma mesencefalica	6
4° - La forma ascendente di Landry	2
Varietà non paralitica	
1° - La forma meningitica	28
2° - La forma encefalitica	6
3° - La forma cerebellare	0
[Le forme miste]	6

Tab. 1

Bibliografia essenziale

N. LATRONICO, *Storia della pediatria*, Torino 1997, p. 672. 1.

Farnetani F., Farnetani I.
Contributo allo studio della storia della medicina ad Arezzo: Riccardo Arrigoni
Il Cesalpino, 2: 2003

Farnetani F., Farnetani I.
Alessandro Laurinsich: università e territorio
Quaderni italiani di pediatria, 2003, 2/2: 215-216
Comunicazione al 59° congresso nazionale della Società italiana di pediatria
Farnetani F., Farnetani I.
La pediatria ad Arezzo dal 1912 al 1924: il brefotrofo e la questione ospedaliera.
Il Cesalpino, 2004, 3/7: 40-42

Farnetani I., Farnetani F.
Giuseppe Macciotta: un pediatra per la Sardegna.
Quaderni di pediatria 2004, 3/2: 190
Comunicazione al 60° congresso nazionale della Società italiana di pediatria

Farnetani I., Farnetani F.
Salvatore Maggiore: Palermo andata e ritorno.
Quaderni di pediatria 2004, 3/2: 191
Comunicazione al 60° congresso nazionale della Società italiana di pediatria

Farnetani F., Farnetani I.
Le colonie elioterapiche: la pediatria in provincia di Arezzo dal 1925 al 1933.
Il Cesalpino, 2004, 3/8: 33

F. VARDECI, *L'assistenza sanitaria al bambino dal 1920 al 1940*, in V. FANOS, M. CORRIDORI, L. CASTALDI, *Pueri, puerorum, pueris*, Agorà edizioni, Lecce 2003, pp. 233-250

Farnetani F.
Linee guida brefotrofiche negli anni '20 per l'alimentazione del lattante.
In: *Atti dell'VIII congresso internazionale "Problematiche in pediatria e neonatologia: stato dell'arte"*, Aversa 19-20 novembre 2004, a cura di M., N. Vendemmia: 550

Farnetani F., Farnetani I.
L'istituto pediatrico provinciale e la pediatria in provincia di Arezzo dal '34 al '38.
Il Cesalpino, 2004, 3: 40-42

LEGGE 24 NOVEMBRE 2003, N. 326

"CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 30 SETTEMBRE 2003, N. 269, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI PER FAVORIRE LO SVILUPPO E PER LA CORREZIONE DELL'ANDAMENTO DEI CONTI PUBBLICI"

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n.274 del 25 novembre 2003 - Supplemento Ordinario n. 181

Art. 50.

Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

1. Per potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica, il Ministero dell'economia e delle finanze, con decreto adottato di concerto con il Ministero della salute e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, definisce i parametri della Tessera del cittadino (TC); il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la progressiva consegna della TC, a partire dal 1° gennaio 2004, a tutti i soggetti già titolari di codice fiscale nonché ai soggetti che fanno richiesta di attribuzione del codice fiscale ovvero ai quali lo stesso è attribuito d'ufficio. La TC reca in ogni caso il codice fiscale del titolare, anche in codice a barre nonché in banda magnetica, quale unico requisito necessario per l'accesso alle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN).

2. Il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, entro il 15 dicembre 2003 approva i modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica, ne cura la successiva stampa e distribuzione alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed ai policlinici universitari, che provvedono ad effettuarne la consegna individuale a tutti i medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni, da tale momento responsabili della relativa custodia. I modelli equivalgono a stampati per il fabbisogno delle amministrazioni dello Stato.

3. Il modello di ricetta è stampato su carta filigranata ai sensi del decreto del Ministro della sanità 11 luglio 1988, n. 350, e, sulla base di quanto stabilito dal medesimo decreto, riproduce le nomenclature e i campi per l'inserimento dei dati prescritti dalle vigenti disposizioni in materia. Il vigente codice a barre è sostituito da un analogo codice che esprime il numero progressivo regionale di

ciascuna ricetta; il codice a barre è stampato sulla ricetta in modo che la sua lettura ottica non comporti la procedura di separazione del tagliando di cui all'articolo 87 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Sul modello di ricetta figura in ogni caso un campo nel quale, all'atto della compilazione, è riportato sempre il numero complessivo dei farmaci ovvero degli accertamenti specialistici prescritti. Nella compilazione della ricetta è sempre riportato il solo codice fiscale dell'assistito, in luogo del codice sanitario.

4. Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, in numero definito, secondo le loro necessità, e comunicano immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica.

5. Il Ministero dell'economia e delle finanze cura il collegamento, mediante la propria rete telematica, delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei policlinici universitari di cui al comma 4, delle farmacie, pubbliche e private, dei presidi di specialistica ambulatoriale e degli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari, di seguito denominati, ai fini del presente articolo, «strutture di erogazione di servizi sanitari». Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, sono stabiliti i parametri tecnici per la realizzazione del software certificato che deve essere installato dalle strutture di erogazione di servizi sanitari, in aggiunta ai programmi informatici dagli stessi ordinariamente utilizzati, per la trasmissione dei dati di cui ai commi 6 e 7; tra i parametri tecnici rientra quello della frequenza temporale di trasmissione dei dati predetti.

6. Le strutture di erogazione di servizi sanitari effettuano la rilevazione ottica e la trasmissione dei dati di cui al comma 7, secondo quanto stabilito nel predetto comma e in quelli successivi. Il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, stabilisce, con decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, le regioni e le date a partire dalle quali le disposizioni del presente comma e di quelli successivi hanno progressivamente applicazione. Per l'acquisto e l'installazione del software di cui al comma 5, secondo periodo, alle farmacie private di cui al primo periodo del medesimo comma e' riconosciuto un contributo pari ad euro 250, sotto forma di credito d'imposta fruibile anche in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, successivamente alla data nella quale il Ministero dell'economia e delle finanze comunica, in via telematica alle farmacie medesime avviso di corretta installazione e funzionamento del predetto software. Il credito d'imposta non concorre alla formazione del reddito imponibile ai fini delle imposte sui redditi, nonche' del valore della produzione dell'imposta regionale sulle attività produttive e non rileva ai fini del rapporto di cui all'articolo 63 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. Al relativo onere, valutato in 4 milioni di euro per l'anno 2004, si provvede nell'ambito delle risorse di cui al comma 12.

7. All'atto della utilizzazione di una ricetta medica recante la prescrizione di farmaci, sono rilevati otticamente i codici a barre relativi al numero progressivo regionale della ricetta, ai dati delle singole confezioni dei farmaci acquistati nonche' il codice a barre della TC; sono comunque rilevati i dati relativi alla esenzione. All'atto della utilizzazione di una ricetta medica recante la prescrizione di prestazioni specialistiche, sono rilevati otticamente i codici a barre relativi al numero progressivo regionale della ricetta nonche' il codice a barre della TC; sono comunque rilevati i dati relativi alla esenzione nonche' inseriti i codici del nomenclatore delle prestazioni specialistiche. In ogni caso, e' previamente verificata la corrispondenza del codice fiscale del titolare della TC con quello dell'assistito riportato sulla ricetta; in caso di assenza del codice fiscale sulla ricetta, quest'ultima non può essere utilizzata, salvo che il costo della prestazione venga pagato per intero. In caso di utilizzazione di una ricetta medica senza la contestuale esibizione della TC, il codice fiscale dell'assistito e' rilevato dalla ricetta.

8. I dati rilevati ai sensi del comma 7 sono trasmessi telematicamente al Ministero dell'economia e delle finanze; il software di cui al comma 5 assicura che gli stessi dati vengano rilasciati ai program-

mi informatici ordinariamente utilizzati dalle strutture di erogazione di servizi sanitari, fatta eccezione, relativamente al codice fiscale dell'assistito, per le farmacie, pubbliche e private. Il predetto software assicura altresì che in nessun caso il codice fiscale dell'assistito possa essere raccolto o conservato in ambiente residente, presso le farmacie, pubbliche e private, dopo la conferma della sua ricezione telematica da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

9. Al momento della ricezione dei dati trasmessi telematicamente ai sensi del comma 8, il Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità esclusivamente automatiche, li inserisce in archivi distinti e non interconnessi, uno per ogni regione, in modo che sia assolutamente separato, rispetto a tutti gli altri, quello relativo al codice fiscale dell'assistito. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, adottato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabiliti i dati che le regioni, nonche' i Ministeri e gli altri enti pubblici di rilevanza nazionale che li detengono, trasmettono al Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità telematica, nei trenta giorni successivi alla data di emanazione del predetto provvedimento, per realizzare e diffondere in rete, alle regioni e alle strutture di erogazione di servizi sanitari, l'allineamento dell'archivio dei codici fiscali con quello degli assistiti e per disporre le codifiche relative al prontuario farmaceutico nazionale e al nomenclatore ambulatoriale.

10. Al Ministero dell'economia e delle finanze non e' consentito trattare i dati rilevati dalla TC degli assistiti; allo stesso e' consentito trattare gli altri dati di cui al comma 7 per fornire periodicamente alle regioni gli schemi di liquidazione provvisoria dei rimborsi dovuti alle strutture di erogazione di servizi sanitari. Gli archivi di cui al comma 9 sono resi disponibili all'accesso esclusivo, anche attraverso interconnessione, alle aziende sanitarie locali di ciascuna regione per la verifica ed il riscontro dei dati occorrenti alla periodica liquidazione definitiva delle somme spettanti, ai sensi delle disposizioni vigenti, alle strutture di erogazione di servizi sanitari. Con protocollo approvato dal Ministero dell'economia e delle finanze, dal Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e dalle regioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabiliti i dati contenuti negli archivi di cui al comma 9 che possono essere trasmessi al Ministero della salute e alle regioni, nonche' le modalità di tale trasmissione.

11. L'adempimento regionale, di cui all'articolo 52, comma 4, lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN per gli anni 2003, 2004 e 2005, si considera rispettato dall'applicazione delle disposizioni del presente articolo. Tale adempimento s'intende rispettato anche nel caso in cui le regioni e le province autonome dimostrino di avere realizzato direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione del presente articolo. Con effetto dal 1° gennaio 2004, tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN relativo agli anni 2004 e 2005, e' ricompresa anche l'adozione di tutti i provvedimenti che garantiscono la trasmissione al Ministero dell'economia e delle finanze, da parte delle singole aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, dei dati di cui al comma 4.

12. Per le finalità di cui al presente articolo e' autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2003. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2003-2005, nell'ambito dell'unità previsionale di base di conto capitale «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2003, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

13. Con decreti di natura non regolamentare del Ministro per l'innovazione e le tecnologie, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con il Ministro dell'interno e con il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le modalità per il successivo e progressivo assorbimento, senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato, della TC nella carta nazionale dei servizi di cui all'articolo 52, comma 9, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 30 GIUGNO 2004

APPLICAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AL COMMA 6, DELL'ART. 50,
DEL DECRETO-LEGGE 30 SETTEMBRE 2003, N. 269, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI,
DALLA LEGGE 24 NOVEMBRE 2003, N. 326, CONCERNENTE L'AVVIO DEL SISTEMA DI
MONITORAGGIO DELLA SPESA NEL SETTORE SANITARIO.

**IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE**
di concerto con
IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'art. 50, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, recante disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie;

Visto, in particolare, il comma 1 del citato art. 50, il quale stabilisce, tra l'altro, che il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la progressiva consegna della TC a partire dal 1° gennaio 2004 a tutti i soggetti già titolari di codice fiscale nonché ai soggetti che fanno richiesta di attribuzione del codice fiscale ovvero ai quali lo stesso è attribuito d'ufficio;

Visto l'art. 4, comma 127, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, il quale, in particolare, ha modificato l'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sostituendovi la denominazione «Tessera sanitaria» e la sigla «TS» alla denominazione e alla sigla, rispettivamente, «Tessera del cittadino» e «TC»;

Visto il comma 6 del citato art. 50, il quale dispone che il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, stabilisce, con decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, le regioni e le date a partire dalle quali le disposizioni del medesimo comma 6 e di quelli successivi, concernenti l'avvio del sistema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie, hanno progressivamente applicazione;

Visto il decreto attuativo del comma 4 del citato art. 50, il quale stabilisce i dati relativi alla consegna dei ricettari che sono trasmessi al Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità telematica, da parte dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, dalle aziende sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dai policlinici universitari e dalle eventuali altre strutture abilitate, nonché dai SASN di Napoli e Genova;

Visto il decreto attuativo del comma 5 del citato art. 50, il quale stabilisce i dati che sono trasmessi al Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità telematica, da parte delle strutture di erogazione dei servizi sanitari;

Visto il decreto attuativo del comma 9 del citato art. 50, il quale stabilisce i dati che sono trasmessi al Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità telematica, da parte delle regioni, nonché dai Ministeri e dagli altri enti pubblici di rilevanza nazionale che li detengono;

Considerato che l'impianto proposto dal citato art. 50 va raccordato ed armonizzato nella sua attuazione con il più complessivo sistema di monitoraggio previsto dall'art. 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e dal successivo accordo quadro sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome, per l'avvio del nuovo sistema informativo sanitario;

Ritenuto che la progressività della consegna della TS debba essere coerente con il programma di applicazione di cui al comma 6 del citato art. 50; Ritenuto di dover procedere in via sperimentale, con la regione Abruzzo, all'applicazione delle disposizioni di cui al citato art. 50, al fine di raccogliere significativi elementi di valutazione dell'efficacia del sistema, date le caratteristiche di rispondenza della regione alle condizioni necessarie per le verifiche della sperimentazione medesima;

Visto il decreto attuativo del comma 1 del citato art. 50, con cui si stabiliscono le caratteristiche tecniche della Tessera sanitaria (TS);

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 605, e successive modificazioni, recante le disposizioni relative all'anagrafe tributaria e al codice fiscale;

Visto il decreto del Ministero delle finanze 23 dicembre 1976, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, supplemento ordinario, n. 345 del 29 dicembre 1976, e successive modificazioni, recante le modalità per l'attribuzione e comunicazione del numero di codice fiscale;

Visto il decreto del Ministero delle finanze 15 novembre 1983, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 333 del 5 dicembre 1983, recante l'approvazione del tesserino plastificato di codice fiscale;

Ritenuto che la TS sostituisce il tesserino plastificato di codice fiscale;

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, del 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 del citato art. 50, di approvazione dei modelli dei ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica, che, prevede, tra l'altro, che a decorrere dal 1° gennaio 2005 le prescrizioni di prestazioni sanitarie sono effettuate esclusivamente mediante l'impiego di ricettari conformi ai nuovi modelli di ricetta;

Considerato che la TS deve essere rilasciata soltanto ai soggetti che, oltre ad essere muniti di codice fiscale, risultino effettivamente titolari del diritto all'assistenza sanitaria, sulla base delle norme vigenti a tale riguardo;

Decreta:

Art. 1.

Modalita' di gestione della tessera sanitaria

1. Il Ministero dell'economia e delle finanze, per il tramite dell'Agenzia delle entrate, provvede ad inviare la tessera sanitaria a tutti gli aventi diritto, all'indirizzo di residenza risultante nella banca dati del Ministero dell'economia e delle finanze al momento della spedizione.

2. Con riferimento alle regioni progressivamente individuate secondo il programma di cui all'art. 2, i soggetti destinatari della tessera sanitaria che non l'avessero ricevuta entro novanta giorni dalla data di attivazione della regione di appartenenza della unita' sanitaria locale da cui ricevono i servizi di assistenza, possono richiederla recandosi presso:

a) la propria unita' sanitaria locale di assistenza, nel caso in cui siano gia' regolarmente registrati alle unita' sanitarie locali e siano gia' in possesso del codice fiscale.

b) qualsiasi ufficio dell'agenzia delle entrate, nel caso in cui siano gia' regolarmente registrati alle unita' sanitarie locali oppure non in possesso di codice fiscale regolarmente attribuito.

3. I soggetti che richiedano l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale presso le unita' sanitarie locali devono essere in possesso del codice fiscale regolarmente attribuito dai comuni abilitati o da un qualsiasi ufficio dell'Agenzia delle entrate. All'atto della registrazione al servizio sanitario nazionale, le unita' sanitarie locali rilasciano un certificato provvisorio di tessera sanitaria contenente anche il codice fiscale in formato barcode, utilizzabile per l'accesso alle prestazioni del servizio sanitario nazionale.

4. I soggetti in possesso della tessera sanitaria non ancora scaduta per i quali decade il diritto alle prestazioni del servizio sanitario nazionale, ferme restando le specifiche discipline previste dalla nor-

mativa vigente, sono tenuti a provvedere alla restituzione della tessera medesima recandosi presso la propria unita' sanitaria locale o un qualsiasi ufficio dell'Agenzia delle entrate; tale obbligo e' esteso agli eredi in caso di morte del titolare.

5. Il Ministero dell'economia e delle finanze, per il tramite dell'Agenzia delle entrate, provvedera' a rimettere la tessera sanitaria alla sua scadenza, laddove non sia pervenuta da parte delle strutture competenti l'informazione sulla decadenza del diritto all'assistenza sanitaria, ovvero emettera' in sostituzione il tesserino di codice fiscale gia' in uso.

6. La possibilita' di cui al comma 2, lettera a) di richiedere la tessera sanitaria presso una unita' sanitaria locale, del rilascio del certificato provvisorio di cui al comma 3 nonche' della restituzione di cui al comma 4 sono, in ogni caso, resi operativi in accordo con la competente regione.

7. Per quanto non espressamente previsto nel presente articolo si applica la normativa vigente in materia di gestione del tesserino di codice fiscale.

Art. 2.

Programma di applicazione

1. Le disposizioni di cui all'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernenti il monitoraggio della spesa sanitaria, sono applicate assicurandone l'armonizzazione con il piu' complessivo sistema di monitoraggio previsto dall'art. 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e dal successivo accordo quadro sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome, per l'avvio del nuovo sistema informativo sanitario. Per il relativo programma di attuazione, si procede gradualmente e in via sperimentale nella regione Abruzzo a partire da luglio 2004. Con successivo decreto sono indicate le date di applicazione relative alle rimanenti regioni.

2. In particolare nella regione Abruzzo:

a) la distribuzione dei ricettari conformi ai modelli di ricetta di cui all'art. 1 del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, del 18 maggio 2004 per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche con onere a carico del Servizio sanitario nazionale decorre dalla data di attivazione di cui al comma 1;

b) l'esclusivita' dell'impiego dei ricettari, di cui al punto a), decorre da settembre 2004. Entro tale data i medici prescrittori devono riconsegnare i vecchi ricettari non ancora utilizzati o parzialmente utilizzati, all'atto del ritiro dei nuovi ricettari;

c) l'Istituto Poligrafico dello Stato provvede a ritirare le eventuali scorte dei vecchi ricettari presenti presso le ASL;

d) l'adeguamento dei programmi informatici utilizzati dalle strutture di erogazione di servizi sanitari di cui al decreto attuativo del comma 5 del citato art. 50, deve essere effettuato entro sessanta giorni dalla data di cui al comma 1.

3. Le funzioni relative alla tessera europea di assicurazione malattia di cui al retro della tessera sanitaria, hanno effetto a decorrere dal mese di novembre 2004.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 30 giugno 2004

Il Ministro dell'economia e delle finanze Tremonti

Il Ministro della salute Sirchia

LA NUOVA RICETTA UNIFICATA · GUIDA RAPIDA

GUIDA ILLUSTRATA RAPIDA ALL'USO DELLA NUOVA RICETTA UNIFICATA PER IL MEDICO PRESCRITTORE

Cosa cambia in sintesi

- Il ricettario viene consegnato a tutti i medici prescrittori che assumono in prima persona la responsabilità di prescrivere prestazioni e farmaci;
- Il medico prescrittore non ha più il dovere di firmare la nota CUF;
- Le esenzioni sono uguali in tutta Italia (tranne che in Lombardia e, in parte, in Veneto);
- L'esenzione per reddito diviene di competenza – responsabilità – esclusiva del cittadino
- Vengono abolite alcune caselle: I (integrativa), M (Maschio), F (Femmina) ed età;
- È stata aggiunta una riga per l'indicazione (quando previsto) della diagnosi/sintomo;
- Si differenzia la ricetta per i naviganti (che è analoga alla nuova ricetta unificata);
- Si unificano le altre ricette (SSN e Turisti);
- Il medico informatizzato –oltre ad apporre una biffatura automatica nell'apposita casella– può stampare in modalità codice a barre:
 - o codice fiscale (nello spazio soprastante il codice fiscale in formato alfanumerico)
 - o codici base_32, nel caso delle prescrizioni farmaceutiche (nello spazio prescrizioni)
 - o codici Nomenclatore, nel caso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (nello spazio per le fustelle adesive per i farmaci)
- E' facoltativa la compilazione della matrice (tranne che per il SASN);
- Non si deve restituire la matrice (tranne che per il SASN);
- Viene introdotto il tagliando adesivo ma la sua applicazione non è di competenza del medico;
- Si introducono codici di priorità, ma entrano in vigore solo dopo accordi regionali con le OO. SS. di categoria;

La nuova codifica delle esenzioni

Una particolare importanza nel quadro delle nuove modalità prescrittive, assume la codifica nazionale delle esenzioni che è stata recentemente proposta dal Ministero della Salute a tutte le Regioni e che le stesse hanno adottato (a parte la Lombardia e, in parte, il Veneto).

Comunque la Regione che non dovesse adottarla si è impegnata ad adottare una transcodifica dalla vecchia alla nuova classificazione.

La codifica nazionale renderà omogeneo e facilmente studiabile il set di dati delle esenzioni, contribuendo a mappare su tutto il territorio nazionale lo stato dei cittadini esenti e la stratificazione della popolazione generale per tipologia di esenzione. (Tab.1)

CODIFICA NAZIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
1	Loggati affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1996 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.9.2001 n. 288);	0 malattie croniche	da 02 a 56	Vedi Nota (1)
2	Loggati affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.03.2001 n. 278;	R Rare	Da Kannn a Qannn	Vedi Nota (2)
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 6 comma 2 del D.M. 18.03.2001 n. 279);		99	Vedi Nota (3)
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalle 1° alla 6° titolari di pensione diretta vitalizia e decessi in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991);	G Guerra	01	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalle 6° alla 6° (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		02	
6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);	L	01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 75% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);		02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dal 1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);	Lavoro	03	
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1° categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		01	
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalle 2° alla 6° (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);	Servizio	02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalle 6° alla 6° (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Destinatari di sussidio in servizio civile (ex art. 6, comma 1, l. 8 luglio 1998, n. 282);		04	
14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	C Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 l. n. 282/90 (ex art. 6 comma 2 del D.Lgs. 124/1998);		04	
18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 l. n. 482/88 come modificato dalla l. n. 48/89);		05	
19	Idiomuti (da intendenti coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 l. n. 482/88 come modificato dalla l. n. 48/89);		06	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla l. n. 210 del 28.02.1982 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni, obbligazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 6 comma 6 lett. d del D.Lgs. 124/1998);	N Legge n. 210	01	
21	Pazienti in possesso di esenzione in base alla l. n. 302/80 - vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - (ex art. 6 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);	V Vittime	01	
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in epoca pre-concezionale;		00	
23	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria; oppure →	M	da 01 a 41	codi composti: M + nn. (settimana di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria;	Maternità	99	Vedi Nota (4)
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio;		50	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);		01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 88 comma 4 della l. 388/2000) - clinico;	D Diagnosi precoce	02	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 88 comma 4 della l. 388/2000) - mammografico;		02	
29	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 88 comma 4 della l. 388/2000) - colono-retto;		04	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 88 comma 4 della l. 388/2000);		05	
31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 6 lett. c del D.Lgs. 124/1998);	T donazione	01	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte);	H Hiv	01	
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 24/1998 - seconda parte);	P	01	
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'adempimento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro - attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiormente apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - ultima parte);	Prevenzione	02	
35	Prestazioni correlative alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte);		03	
36	Loggati con meno di 8 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 38.151,88 euro (ex art. 8, comma 18 della l. 637/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	E Economiche	01	
37	Disoccupati - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.283,31 euro incrementato a 11.382,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 18 della l. 637/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	E Economiche	02	
38	Titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico - (art. 6 comma 16 della l. 637/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	E Economiche	03	
39	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.283,31 euro incrementato a 11.382,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 18 della l. 637/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	E Economiche	04	
40	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D.Lgs. 22.8.1999 n. 230);	F detenuti	01	
41	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione o affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003);	I Idoneità	01	

Tab. 1

NOTE

Nota (1)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (ONN - dove con N rappresenta un numero).

Nota (2)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

Nota (3)

Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99.

Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

Nota (4)

Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta. In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione

Il medico prescrittore dovrà riportare, nelle caselle della ricetta predisposte a questo scopo, il codice e il sub-codice di esenzione che ne identificano la tipologia, secondo quanto riportato nella tabella sopra allegata. Il codice è costituito da un carattere alfabetico e il sub-codice è costituito da un carattere numerico a due cifre, tranne che nel caso delle esenzioni per patologie croniche nel quale il codice è costituito dallo 0 (zero) e non da una lettera dell'alfabeto. Per quanto attiene alle esenzioni per reddito, si ricorda che il medico non è tenuto alla certificazione di tale esenzione, che resta di esclusiva competenza del cittadino. Le esenzioni,

infine, dovranno essere certificate su apposito modulo o cartellino o altro supporto definito dalla regione competente ed in possesso dell'assistito, da quale il medico potrà trarre gli elementi probatori necessari alla trascrizione sulla ricetta. (Fig. 1)

Esempio esenzione.

Alcuni esempi :

Descrizione	Vecchio codice	Nuovo codice
Diabete	013.250	013
Sclerosi laterale amiotrofica	RFO100	RFO100
Invalide Guerra VI-VIII	A + categoria	G02
Gravidanza XXX settimana	A + gravidanza + settimana	AA30

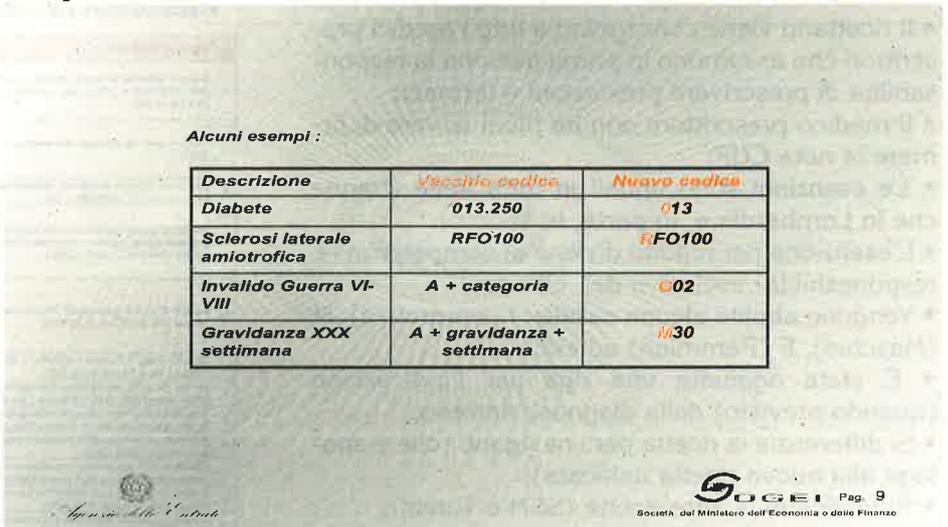


Fig. 1

ESEMPI DI COMPILAZIONE RICETTA

(nella stampa con PC deve essere biffata l'area specifica)

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale con:

- Nuova esenzione patologia
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaci con codici a barre
- Note CUF biffate
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale con:

- Nuova esenzione invalidità guerra
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaci con codici a barre
- Note CUF biffate
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario
v. Adige 4

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE

BNCMRO53H10H742R

Deltacortene 5 mg 10 cp
2 scatole

002

011104

Dr. Piero Verdi
Medicina Generale

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaco con codici a barre
- Nota CUF compilata e -la seconda- biffata
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario
v. Adige 4

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE

BNCMRO53H10H742R

Nimesulide 100 mg 30 bustine DOC
1 scatola

001

011104

Dr. Piero Verdi
Medicina Generale

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Ospedaliero con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaco con codici a barre
- Note biffate
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario
v. Adige 4

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE

BNCMRO53H10H742R

Lasix 25 mg 30 cp
1 scatola

001

011104

Dr. Piero Raspanti
Resista Medicina
Ospedale S. Camillo

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale con:

- Esenzione per infortunio sul lavoro (ex INAIL)
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Prestazione con codici a barre nello spazio fustelle
- Diagnosi inserita nello spazio previsto
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale ad un soggetto assistito SASN (Naviganti) con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaco con codici a barre
- Note CUF biffate
- Inserimento di NA (Navigante Ambulatoriale, cioè visita ambulatoriale) nel campo Tipo ricetta
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale per ottenere il rimborso della prestazione effettuata ad un soggetto assistito dal SASN (Naviganti) con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Descrizione della prestazione (visita ambulatoriale)
- Inserimento della diagnosi nello spazio previsto
- Inserimento di NA (Navigante Ambulatoriale, cioè visita ambulatoriale) nel campo Tipo ricetta
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico ASL per STP con:

- Nessuna esenzione
- Codice STP alfanumerico
- Farmaco con codici a barre
- Note CUF biffate
- Campo tipo ricetta compilato con la sigla ST
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale per Turista europeo dotato di mod. E111 con:

- Nessuna esenzione (i campi non si applicano in questi casi)
- Nessun codice fiscale alfanumerico
- Farmaco con codici a barre
- Note CUF biffate
- Inserimento nel campo Tipo ricetta della sigla EU
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Retro della ricetta precedente compilata a mano e rilasciata dal Medico Generale al turista europeo dotato di mod. E111. Sono da inserire:

- Codice istituzione competente
- Sigla stato estero
- Numero identificazione personale
- Numero identificazione tessera
- Firma autografa del turista

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale per ottenere il rimborso della prestazione effettuata ad un turista europeo dotato di E111. La ricetta contiene:

- Nessuna esenzione
- Nessun codice fiscale alfanumerico
- Descrizione della prestazione
- Inserimento della diagnosi nello spazio previsto
- Inserimento di EU nel campo Tipo ricetta
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Retro della ricetta precedente (compilata a mano) fatta da Medico Generale per chiedere il rimborso della prestazione effettuata a turista europeo dotato di mod. E111. Sono da inserire:

- Codice istituzione competente
- Sigla stato estero
- Numero identificazione personale
- Numero identificazione tessera
- Firma autografa del turista

Ricetta stampata con sw gestionale da Medico Generale con:

- Esenzione gravidanza (XXX settimana)
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Prestazione con codici a barre nello spazio fustelle
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Ricetta (e matrice) stampata con sw gestionale da parte di Medico SASN per visita ambulatoriale con:

- Esenzione patologia
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaco con codici a barre
- Note CUF biffate
- Campo tipo ricetta con sigla N (prestampato) e A, per visita ambulatoriale
- Matrice con dati identificativi del marittimo, comprensivo del codice SASN, per la registrazione della prestazione presso la struttura SASN.

Ricetta (e matrice) scritta a mano da parte di Medico SASN per visita domiciliare con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico
- Farmaco
- Nota CUF compilata e l'altra libera biffata
- Campo tipo ricetta con sigla N (prestampato) e D, per visita domiciliare
- Matrice con dati identificativi del marittimo, comprensivo del codice SASN, per la registrazione della prestazione presso la struttura SASN.

Ricetta (e matrice) stampata con sw gestionale da parte di Medico SASN per visita ambulatoriale SASN straniero (pilota aereo civile europeo) con:

- Nessuna esenzione (non previsto -in questi casi- l'utilizzo delle caselle)
- Farmaco con codici a barre
- Nota CUF riempita e -la seconda- biffata
- Campo tipo ricetta con sigla N (prestampato) e E, per visita a Navigante straniero ma europeo
- Quantità inserita nelle caselle dedicate
- Matrice con dati identificativi dell'aereo navigante, comprensivo del codice, per la registrazione della prestazione.

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO

CORSO DI AGGIORNAMENTO PER MEDICI E ODONTOIATRI

“LA GESTIONE DELL'ERRORE -VERO O PRESUNTO- IN MEDICINA”

AREZZO 04-10-2003

Paolo Martini

Ordinario di Medicina Legale
Università di Siena

Il tema cortesemente affidatomi impone una attenta disamina della normativa vigente, tesa ad enucleare dal coacervo legislativo che delimita, regola, o meglio tenta di farlo, l'attività medica ovunque e comunque essa sia esercitata, quanto di utile ed essenziale all'oggetto di delimitare i confini del potere disciplinare degli ordini¹.

Il tema della responsabilità disciplinare non sfugge infatti alle incertezze della vigente normativa, spesso farraginoso e talvolta contraddittorio, posto che, se l'obbligo dell'iscrizione all'ordine è *conditio sine qua non*, per l'esercizio libero professionale, lo è anche per accedere al ruolo sanitario alle dipendenze delle USL, o a qualsiasi rapporto convenzionale con le USL, ponendo il medico, almeno formalmente, sotto un duplice potere disciplinare, quello dell'amministrazione e quello dell'ordine².

Ecco quindi che lo stesso fatto può soggiacere a diversi giudizi, essere cioè assoggettato a poteri disciplinari diversi in quanto libero professionista, pubblico impiegato, convenzionato con la USL, essendo *diversi i fini* che i due poteri si propongono di ottenere, diverse le autorità competenti, diverse le sanzioni previste e fondatamente, diverso il bene tutelato³.

Cenni storici

Per potere affrontare il delicato tema occorre ricordare, sia pure in estrema sintesi, la genesi e l'iter del potere disciplinare degli ordini professionali.

L'ordinamento professionale affonda le sue radici sul monopolio dell'esercizio professionale, che iniziò con la creazione dell'ordine forense alla fine del secolo scorso, cui fece seguito quella dell'ordine dei notai, e più tardi quella dell'ordine dei medici, categoria professionale che, sull'onda delle scoperte scientifiche dell' '800 pose i medici nella condizione di dimostrare oggettivamente come la loro opera fosse ben più qualificata di quella degli esercenti abusivi, dei guaritori, cioè di tutti coloro che esercitavano l'attività sanitaria sulla base di conoscenze empiriche, o di rimedi tradizionali ecc...⁴.

Fu così che con legge 5848/1888 (nota come legge Crispi) si attribuì ai medici la tutela del monopolio professionale, cui fece seguito il riconoscimento giuridico degli ordini provinciali dei

medici, veterinari, farmacisti, ecc... .

La necessità dei controlli sulla attività sanitaria scaturiva infatti dai fini dell'attività medesima coincidente con quelli dello Stato, e cioè: *la tutela della sanità e dell'igiene pubblica*. E proprio nel rispetto di tale tutela si vietava e si vieta l'esercizio della professione sanitaria a chi non posseda i requisiti giuridici all'uopo richiesti, in sintesi, la laurea, e l'abilitazione, quali elementi necessari per la presunzione di capacità professionale, presunzione per contro assente in chi tali requisiti non possiede.

Dopo la parentesi degli anni '30, caratterizzata dalla soppressione degli ordini, questi furono ricostituiti nel 1946, e, in tale circostanza, per la prima volta fu prevista la possibilità di intervento dell'ordine anche per le attività mediche espletate alle dipendenze di terzi (una dipendenza che precedentemente era del tutto minoritaria rispetto alla libera professione).

La responsabilità ordinistica trova quindi la sua base giuridica negli articoli 3 D.L.C.P.S. n. 233/46 e D.P.R. 221/50 art. 38, propedeutici e giustificativi del Codice di Deontologia medica, che giova qui ricordare:

- art. 3 D.L. C.P. 233/46 secondo cui le norme deontologiche in quanto attengono a doveri generali di comportamento devono essere osservate dal medico chirurgo e odontoiatria *in qualsiasi ambito esercitano* la propria professione, compresi i regimi di dipendenza e di convenzione con il servizio sanitario nazionale e altri enti pubblici;

- art. 38 D.P.R. 221/50; per il quale “i sanitari che si rendono colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del consiglio dell'ordine o collegio della provincia al cui albo sono iscritti.

Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica.

Del resto, con due sentenze, rispettivamente la n. 2844 del 13.6.1989 e la n. 4187 del 15.5.1990, la Corte di Cassazione, a sezioni unite ha riconosciuto in modo indubbio, preciso, e ben motivato, il potere degli ordini

professionali, sotto l'aspetto disciplinare, ritenendo che, l'ordine professionale ha il potere di stabilire le norme di comportamento, e di giudicare le mancanze commesse dagli iscritti. In altri termini, l'ordine unisce e coniuga nel proprio ambito il potere di stabilire le regole di comportamento, nonché quello di giudicare le infrazioni commesse contro tali regole.

A tali affermazioni la Corte perviene ritenendo illeciti disciplinari compiuti dagli esercenti le professioni sanitarie gli "abusi o mancanze o fatti disdicevoli al decoro professionale" senza descriverne le azioni o le omissioni vietate a differenza delle norme penali, soggette al principio di stretta legalità, ma pone delle clausole generali, il cui contenuto deve essere integrato dalle norme di etica professionale la cui enunciazione è rimessa all'autonomia dell'ordine professionale cui spetta anche l'interpretazione e l'applicazione di esse.

Così stando le cose, appare evidente che sotto il profilo generale è la categoria professionale che si pone le regole deontologiche che sono l'espressione di doveri essenziali all'esercizio della medicina e che sono espresse nel Codice di Deontologia medica. Sotto il profilo soggettivo è il medico stesso che deve guidare, esaminare, controllare la propria condotta posto che, come si evince dall'esame dell'art. 2, questo non elenca le singole infrazioni, limitandosi (condizione abbastanza generica, ancorché ampia) a ritenere sanzionabili i fatti commessi nell'esercizio della professione, comunque disdicevoli al decoro professionale⁶.

In astratto, qualsiasi atto della vita del sanitario potrebbe essere soggetto a censura, anche allorché si tratti di fatti non strettamente connessi all'esercizio professionale, ma pur sempre indicativi di condotte non aderenti al *costume*, all'*ambiente*, alla *cultura* del luogo, in altri termini negativamente incidenti sull'immagine del medico e quindi sul prestigio della categoria⁷.

Rapporti tra responsabilità Penale e disciplinare

Il medico iscritto all'albo, soggiace a un rapporto di *supremazia speciale*⁸, così come allorché sia inserito in un rapporto di pubblico impiego; essere medici dipendenti ed iscritti all'albo comporta conseguentemente il dovere di rispettare tutti gli obblighi previsti dalle disposizioni normative come dai regolamenti interni. La responsabilità disciplinare concerne la violazione di queste regole e nasce dalla sussistenza di rapporti giuridici diversi uno con la pubblica amministrazione o con il privato, l'altro con l'ordine professionale.

Vero è che il medico è spesso, contemporaneamente, soggetto di diversi rapporti di supremazia in relazione alla sua attività e cioè:

a) nei confronti della pubblica amministrazione nel caso in cui sia inserito in un rapporto di pubblico impiego;

b) nei confronti dell'ordine professionale nel caso di esercizio della libera professione;

c) nei confronti del datore di lavoro di tipo privatistico (case di cura).

Si impone quindi preliminarmente l'esame dei rapporti esistenti tra responsabilità penale e responsabilità disciplinare.

La responsabilità penale prescinde da qualsiasi rapporto di supremazia speciale, ma deriva dal potere statale nei confronti di tutti i cittadini. *Diversi sono i fondamenti giuridici della responsabilità disciplinare e di quella penale*, essendo le norme penali costituite da divieti al cui mancato rispetto consegue la pena. La norma disciplinare non definisce invece il comportamento, la condotta, l'azione o l'omissione in ogni loro elemento, limitandosi alla individuazione di generiche ipotesi che saranno applicate dal titolare del potere dopo averle rapportate alla particolarità del caso. Non esistendo e non essendo necessaria la formulazione di *norme imperative* è sufficiente che una *determinata azione* sia contraria alla *reputazione ed alla dignità della professione medica*, la cui valutazione è lasciata all'oculato apprezzamento del consiglio dell'ordine⁹.

In altri termini, la *norma penale è tassativa, quella disciplinare, è più discrezionale*, meno vincolante, sia nell'individuazione della trasgressione, sia nella previsione della sanzione.

Altro elemento differenziatore tra le due fattispecie è posto in essere dalla prescrizione che sussiste per l'azione penale ma non per quella disciplinare con la conseguenza della perenne perseguibilità dell'atto, della condotta, del comportamento ritenuto disdicevole per la classe medica *purché il procedimento sia stato aperto entro cinque anni*.

Ciò premesso, deve aggiungersi che la violazione dei doveri previsti dalle norme disciplinari possono integrare anche gli estremi di un reato. Quando tale condotta realizzi, concretizzi¹⁰ il reato si instaura un procedimento penale e contemporaneamente un procedimento disciplinare. Quest'ultimo restava in epoca antecedente al nuovo c.c.p., sospeso fino alla conclusione del primo, posto che il giudicato penale vincolava il giudice disciplinare, sia pure limitatamente all'accertamento del fatto, alla sua anti-giuridicità e alla responsabilità conseguente. In altri termini, il *giudice disciplinare non poteva riconsiderare le circostanze del fatto, ma solo valutarle nell'ottica della responsabilità disciplinare*. Le sentenze di condanna comportavano conseguentemente una pressoché certa responsabilità disciplinare, per contro, l'assoluzione implicava, come vedremo, ipotesi diverse. Tutto ciò peraltro è superato dal nuovo codice di procedura penale, *non essendo più l'azione penale condizione sospensiva del procedimento disciplinare* nel nuovo codice approvato il 22.9.1988 n.

447. Non vi sono cioè, oggi ostacoli al contemporaneo espletamento del procedimento disciplinare che può anche precedere quello giudiziario.

Il nuovo codice di procedura penale conferma per contro la disposizione prevista dall'art. 28 del precedente, disposizione per la quale il giudicato penale conserva il suo valore nei successivi giudizi civilistici o amministrativi. Ne consegue che sulla base delle suddette disposizioni¹¹:

- 1) **la pendenza del procedimento penale non comporta più la sospensione di quello disciplinare iniziato per gli stessi fatti;**
- 2) **il sanitario a carico del quale sia stato svolto procedimento penale deve essere sottoposto a giudizio disciplinare per il medesimo fatto sempre che non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso;**
- 3) **il giudice disciplinare è vincolato per quanto concerne la materialità dei fatti dall'esistenza dello stesso, così come risulta dalla sentenza passata in giudicato sempre che tali fatti siano stati ritenuti rilevanti ai fini della decisione penale;**
- 4) **in osservanza del principio dell'autonomia delle due azioni (penale e disciplinare) il giudice disciplinare è tenuto a rivalutare i fatti quali risultano irrevocabilmente accertati in sede penale, ai fini della determinazione della responsabilità disciplinare.**

Stante tale autonomia nessuno effetto estintivo ha sull'azione disciplinare la causa di estinzione del reato o della pena (amnistia-indulto-grazia). L'unica influenza che il giudizio penale esercita quindi su quello disciplinare è *data dalla sussistenza del fatto, dalla sua attribuzione a quel determinato soggetto, libero restando il collegio giudicante dell'ordine di diversamente sanzionare il fatto stesso*. In altri termini l'amnistia, (causa oggettiva di estinzione del reato, né l'indulto) o la grazia, (cause di estinzione della pena) non precludono la valutazione del fatto sotto il profilo della compatibilità con il prestigio ed il decoro della professione e cioè a dire, in ultima analisi sotto il profilo disciplinare. Ne deriva che il procedimento disciplinare rimane pur sempre possibile, anche allorché esista decreto di impromovibilità dell'azione penale o di archiviazione degli atti, posto che azioni od omissioni per le quali non si ritenga opportuno procedere penalmente, non costituendo reati perseguibili d'ufficio, *possono essere ugualmente rilevanti sotto il profilo disciplinare ordinistico*, diretto com'è quest'ultimo, a valutare ambiti molto più ampi di quelli di *rilevanza penale*.

Particolari problemi circa il potere disciplinare dell'ordine derivano dagli artt. 444 e 445 del codice di procedura penale, posto che la sentenza che dispone l'applicazione della pena su richiesta delle

parti ai sensi dell'art. 444 (patteggiamento) presuppone l'accertamento della responsabilità dell'imputato ed ha natura di sentenza di condanna tranne che per gli effetti espressamente esclusi dall'art. 445 che ne prevede la non efficacia "nei giudizi civili o amministrativi".

Appare dunque opportuno analizzare, al riguardo, cosa tale disposizione comporti per i giudizi disciplinari ordinistici che sono giudizi amministrativi. In proposito, giova qui ricordare che già nel 1990 le sezioni unite della Corte di Cassazione si sono pronunciate per la illegittimità dell'art. 42 1° comma. D.P.R. 221/50, "in quanto prevede la radiazione di diritto in conseguenza di condanne penali sia che la sanzione venga fatta discendere dalla condanna per reati genericamente indicati con riferimento alla pena edittale comminata, sia che essa venga collegata a specifici titoli di reato per i quali la condanna sia stata pronunciata".

Ne consegue la decadenza di *ogni automatismo* nella applicazione di sanzioni disciplinari a seguito di *sentenze penali di condanna*, cui va aggiunto il dettato dell'art. 445 c.p.p., per il quale, la sentenza di condanna non *ha efficacia nei giudizi amministrativi* (disciplinari). Di diverso parere è la stessa cassazione con sentenza del 19.2.1990 riportata da Malcontenti nella quale si opina che la sentenza emessa a norma dell'art. 444, "non è una sentenza di condanna per il mancato accertamento del giudice della effettiva offesa dell'interesse protetto"¹².

Decaduti gli automatismi sanzionatori ex art. 42, 1° comma, DPR 221/50, derivanti da sentenze di condanna penale, resta comunque il fatto che alla sentenza ex art. 444 c.p.p. va comunque riconosciuta una incidenza nel procedimento disciplinare.

A tale sentenza, da parte dei competenti organi disciplinari, va riconosciuto, invece, il valore di riferimento importante, là dove non emergano dati ulteriori rispetto a quelli considerati nella decisione del magistrato, che incidano, in modo essenziale mutando aspetti relativi sia al dato oggettivo che soggettivo della vicenda già oggetto del procedimento penale.

Con circolare n. 1 del 26 gennaio 1995 il Presidente Poggiolini afferma in proposito che: "è evidente che proprio tale possibilità di mutamento, presuppone un'ampia facoltà istruttoria da parte dell'organo disciplinare che qualora dovesse rilevare in tale sua attività, l'esistenza di dati comportanti detti mutamenti, dovrebbe tenerne conto nella sua decisione, dando, evidentemente, nella motivazione della stessa, *adeguato risalto a quanto autonomamente rilevato e a ciò che ne è derivato in termini disciplinari*".

Il suddetto principio di *separatezza* e *autonomia* non preclude dunque all'ordine di porre, a base della contestazione gli addebiti di fatti inequivoca-

bilmente accertati in sede penale. Con decisione della commissione centrale n. 7 del 13 dicembre 1991 la stessa ha concluso che: "resta pacifico, infatti, che le risultanze dei fatti *accertati in sede penale*, vincolano nella loro materialità il giudice disciplinare, il quale, tuttavia, nel suo autonomo apprezzamento può *valutarli e discuterli ai fini della responsabilità disciplinare dell'inquisito*, pervenendo anche ad un *giudizio di non colpevolezza, ove tali fatti non abbiano rilevanza per l'ordinamento professionale*".

Il procedimento disciplinare

Il Presidente dell'ordine, venuto a conoscenza di fatti addebitati ad un iscritto all'albo provinciale deve procedere alla istruttoria sommaria con la acquisizione delle prove, la audizione dei testimoni, la convocazione del sanitario.

Si procede quindi alla nomina del relatore e si fissa il giorno per la discussione. La trattazione viene svolta oralmente e terminata la audizione il relatore può chiedere la discussione e direttamente dopo la sanzione, che come è noto, può essere di varia gravità andando dal semplice *avvertimento alla censura*, alla *sospensione alla radiazione*.

Le prime due sanzioni hanno carattere afflittivo, ripercussioni di *ordine morale* e solo marginalmente *materiale*, mentre la *sospensione* che viene inflitta nei casi di gravi abusi o comunque di fatti gravemente disdicevoli ha carattere *punitivo*, comporta oltre al danno morale anche il danno *materiale conseguente* alla inibizione dell'esercizio professionale; la *radiazione infine*, comportando la cancellazione dell'albo, *vietando l'esercizio professionale* è la *sanzione punitiva foriera del massimo effetto* negativo sia sotto il profilo morale che materiale. Queste ultime due sono obbligatorie allorché *l'atto da cui derivano abbia avuto riconoscimento penalistico*. La *proporzionalità della pena* è in diretta correlazione alla gravità dell'atto, concedendo al collegio giudicante una valutazione dello stesso alla luce della condotta professionale nel suo complesso, alla personalità dell'incolpato alle modalità del fatto ecc... .

Avverso alla *decisione promulgata dall'Ordine* è ammesso ricorso alla *Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie*, ricorso da presentare entro 30 giorni (art. 53), e che può essere proposto sia dall'interessato che dal procuratore della Repubblica, ricorso al quale può seguire una decisione di:

- rigetto;
- accoglimento parziale;
- accoglimento totale.

Contro il disposto della commissione centrale è ammesso ricorso, entro 60 gg. alle sezioni unite della Corte di Cassazione.

La responsabilità disciplinare nel rapporto di pub-

blico impiego e nel rapporto di convenzionamento con le USL.

Sia il rapporto di pubblico impiego sia il rapporto di convenzione con le USL creano diverse potestà disciplinari in rapporto ai diversi contesti nei quali il medico esercita la propria attività professionale; l'assoggettamento del medico dipendente della pubblica amministrazione alla autorità disciplinare dell'ordine era, *in tesi, limitato all'attività svolta al di fuori del rapporto di impiego*.

Per contro, in casi di palese contrasto tra le norme deontologiche e l'attività richiesta, cui derivi un deferimento del medico alla commissione disciplinare, secondo quanto previsto dall'art. 93 del codice deontologico:

" (il medico che presta la propria opera a rapporto di impiego nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private deve osservare le norme del codice deontologico. Qualora si verificasse un contrasto tra le norme deontologiche e quelle di servizio impartite dall'ente pubblico o privato, se *egli deve richiedere l'intervento del proprio ordine onde siano salvaguardati i diritti propri e delle persone assistite*)".

Per quanto concerne il *rapporto convenzionale* del medico, questo non realizza un rapporto di subordinazione, bensì di lavoro autonomo continuativo e coordinato, motivo per cui, per i medici convenzionati esistono controlli effettuati da commissioni di disciplina istituite presso le Regioni e al tempo stesso, trattandosi di esercizio di attività libero professionale, sono soggetti al potere disciplinare degli ordini professionali.

Conclusioni

Da quanto in questa sede si è sommariamente esposto appare evidente come il medico possa, in virtù della sua qualifica professionale, con le peculiarità che a questa conseguono, essere sottoposto oltre che al *procedimento penale qualora il fatto costituisca reato* o al *procedimento civilistico* per il risarcimento del danno ingiusto ad altri provocato, anche a *procedimento disciplinare* da parte della *amministrazione di appartenenza* allorché il fatto stesso sia stato commesso nell'esercizio della professione in *qualità di medico pubblico dipendente* come pure a *giudizio da parte del consiglio dell'ordine che anche per i pubblici dipendenti potrà esercitarsi allorché il fatto, indipendentemente dalla esistenza o meno di un reato perseguibile di ufficio, indipendentemente* dalla pronuncia della commissione di disciplina della pubblica amministrazione, *sia ritenuto disdicevole e comunque foriero di disdoro* per la classe medica.

Nel mentre nessun potere di intervento veniva riconosciuto all'Ordine nelle eventuali controversie tra il medico dipendente, pure iscritto all'albo e la pubblica amministrazione in base alla legge 455 del 1910, con evidente intento di non sovrapporre

i due poteri che risultavano avere il medesimo oggetto riservando al controllo dell'ordine solo l'attività libero professionale, *il divenire ed il diverso articolarsi della professione medica, l'inversione del rapporto numerico tra medici liberi e medici dipendenti*, oggi indubbiamente preponderanti come iscritti nei ruoli del servizio sanitario nazionale è andato così radicalmente mutandosi, da far superare ogni posizione dottrina contraria e da far ritenere, come stabilito dal Codice di Deontologia Medica all'art. 1, superando così ogni arcaica previsione ed inquadramento del problema, che il medico è comunque e sempre soggetto al potere disciplinare degli ordini qualunque sia la sua attività professionale (pubblico dipendente, specialista convenzionato, libero professionista). E ciò non poteva non essere posto che il medico, per poter esercitare la professione, deve obbligatoriamente iscriversi all'Ordine Provinciale, iscrizione che non può non comportare la piena accettazione ed adesione ai diritti e ai doveri che la classe medica ritiene necessaria per il sereno dispiegarsi dell'attività professionale. Ne consegue che il medico soggiace ad una triplice subordinazione per ipotesi di responsabilità professionale, quella giudiziaria, quella amministrativa dell'ente di cui è dipendente, quella dell'ordine dei medici. Ogni infrazione alle norme deontologiche deve quindi essere sanzionata nei vari ambiti e con le diverse previsioni.

Bibliografia

- ¹ M. Iorio, Il potere disciplinare dell'ordine professionale, Aspetti medico-legali, in *Minerva medico-legale*, 1991, 11, p. 51
- ² A. Massa, Il potere disciplinare degli ordini professionali dei medici chirurghi nei riguardi del medico che svolga unicamente attività impiegatizia ... In *Rass. Amm. Sanit.*, 1988.
- ³ A.M. Princigalli, La responsabilità disciplinare dei medici liberi professionisti e pubblici dipendenti, in *Atti Convegno "La*

Responsabilità Medica in ambito civile", Siena 22-24 settembre 1988, Giuffrè Ed., Milano, 1989. P.G. Ponticelli, professione e impiego nel S.S.N., Bologna, 1982, p. 73, cfr. nello stesso senso De Amelis, il potere disciplinare negli ordini professionali sui medici dipendenti dal servizio sanitario nazionale, in *Il Diritto Sanitario Moderno*, 1985, p. 211 ss. Contrario: G. Pappalardo, La professione medica alle dipendenze di un ente pubblico: Problemi e prospettive in ordine al controllo del sanitario pubblico dipendente, in *Rassegna Amministrativa della Sanità*, 1979, p. 3 ss. F. Migliarese, Il potere disciplinare degli ordini dei medici chirurghi - contenuti e limiti -, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1985, p. 75 ss. Sull'argomento Cfr. B. Montalto, Sulla responsabilità disciplinare del medico libero professionista, in *Federazione Medica*, XL, 6, 1987, p. 601.

⁴ F. Di Cerbo, *Le professioni intellettuali nella giurisprudenza*, Milano, 1988, p. 41 ss. S. Lessana, *Trattato di diritto sanitario*, Ed. Torino, 1914, p. 47. U.G. Zanobini, *l'esercizio privato delle funzioni e servizi pubblici*, in *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano a cura V.E. Oraldo*, vol. II, parte III, Milano, 1916, p. 233 ss.

⁵ V.E. Contieri, *Esercizio abusivo di professionisti, arti e mestieri*, in *Enciclopedia, Dir.*, Milano, 1986, p. 606.

⁶ Art. 4 Codice di Deontologia Medica: l'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice Deontologico e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dall'art. 40 del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221.

⁷ B. Montalto, *op. cit.*

⁸ N. Speranza, *Considerazioni sul potere disciplinare della pubblica amministrazione*, in *Nuova Rassegna di Legislazione, dottrina e giurisprudenza*, 23, 2862, 1966; C. Lega, *Le libere professioni intellettuali nella scienza e nella giurisprudenza*, Ed. Giuffrè, Milano, 1974.

⁹ T. Formaggio in *Deontologia Medica e Legislazione Sanitaria*, SEP, Pavia, 1960, p. 84.

¹⁰ S. Nesor, *Guida all'esercizio professionale per medici chirurghi e odontoiatrici*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1995, cap. 22, p. 459.

¹¹ D. Minafra, in *Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e gli odontoiatrici*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1987.

¹² R. Malcontenti, F. Lalia, *L'esercizio del potere disciplinare del Consiglio dell'Ordine professionale alle linee del nuovo c.p.p.*, in *Federazione Medica*, n. 14, p. 40, 1993



FNOMCeO

Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri

OGGETTO: Circolare n. 4/E del 28 gennaio 2005 dell'Agenda delle Entrate - Prestazioni mediche esenti IVA - Sentenze della Corte di Giustizia europea

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Con riferimento alla comunicazione n. 12 del 22 gennaio 2004, si rende noto a tutti gli Ordini provinciali che l'Agenda delle Entrate ha emanato la Circolare n. 4 del 28 gennaio c.a. in materia di prestazioni mediche esenti IVA a seguito delle pronunce della Corte di Giustizia Europea del 23 novembre 2003.

Nella circolare in oggetto è stato innanzitutto ribadito che i principi interpretativi espressi dalle sentenze, pur essendo state pronunciate nei confronti di Stati diversi dall'Italia, sono necessariamente applicabili in tutti gli Stati della comunità - in base al principio contenuto nella sesta direttiva n. 77/388/CEE in materia di applicazione uniforme dell'IVA - senza che debba intervenire recepimento alcuno in quanto trattasi di interpretazione ermeneutica di una formulazione generica della norma che non deve essere modificata.

Sulla base del principio stabilito dalla Corte di giustizia che l'esenzione IVA costituisce deroga al principio generale, secondo cui l'IVA è riscossa per ogni prestazione di servizi effettuata a titolo oneroso da un soggetto passivo e pertanto deve essere interpretata in maniera restrittiva, **l'esenzione va riconosciuta esclusivamente a quelle prestazioni mediche che sono dirette alla diagnosi cura e nella misura possibile alla guarigione di malattie o problemi di salute comprendendo anche le prestazioni dirette a fini di profilassi anche nei confronti di persone che non soffrono di alcuna malattia.**

Pertanto assume rilevanza non l'attività e la competenza medica bensì lo scopo principa-

le al quale l'attività è improntata.

Essendo non sempre facilmente verificabile qual è lo scopo principale della prestazione l'Agenda delle Entrate è

interventiva enucleando una rassegna esemplificativa delle fattispecie esenti o non esenti IVA.

Per quanto riguarda le prestazioni di medicina legale non sono esenti IVA:

- le consulenze medico legali concernenti lo stato di salute delle persone per il riconoscimento di pensione di invalidità o di guerra. In questo caso è necessario effettuare una differenziazione tra coloro che partecipano alla Commissione medica di verifica quali dipendenti o liberi professionisti. Per i primi, non titolari di partita IVA, vige la disposizione dell'art. 50, c.1, lettera f) del TUIR secondo cui il reddito viene assimilato a quello di lavoro dipendente e pertanto non è soggetto ad IVA. Per le prestazioni rese dai liberi professionisti, invece, rimane fermo il principio della non esenzione IVA;
- esami medici finalizzati ad un referto medico in materia di responsabilità e di quantificazione del danno nelle controversie giudiziarie o finalizzate alla determinazione del premio assicurativo o alla liquidazione di un danno;
- le perizie attraverso analisi biologiche di affinità genetica per l'accertamento di paternità;
- gli accertamenti medico legali effettuati dall'INAIL relativamente al riconoscimento di cause di servizio. Nel caso in cui, però, l'INAIL faccia effettuare controlli medici sui lavoratori a scopo profilattico o per stabilire l'idoneità fisica allo svolgimento o al rientro al lavoro tali prestazioni sono esenti IVA;

Sono esenti IVA:

- le prestazioni effettuate nelle commissioni mediche locali patenti di guida in quanto scopo principale di tale attività consiste nella tutela preventiva della salute di soggetti che potrebbero in particolari condizioni di salute compromettere la propria o l'incolumità della collettività;
- le visite mediche per il rilascio o il rinnovo delle patenti a soggetti non affetti da disabilità.

Per quanto riguarda le certificazioni rilasciate dai medici di famiglia sono esenti IVA anche se rese dietro corrispettivo:

- certificati per esonero dalla educazione fisica;

- certificazione di idoneità per attività sportiva;
- certificati per invio di minori in colonie o comunità;
- certificati di avvenuta vaccinazione.
- per i certificati che i medici sono tenuti a redigere senza corrispettivo come: dichiarazione di nascita o di morte, denunce penali o giudiziarie, denunce di malattie infettive e diffuse, notifica dei casi di AIDS ecc. in quanto non si verifica il presupposto d'imposta.

Nel caso in cui si debba redigere certificazione diversa dalle ipotesi individuate è **necessario menzionare la finalità principale, di tutela della salute, della certificazione richiesta** per poter usufruire dell'esenzione IVA.

Non rientrano nell'esenzione IVA le prestazioni di natura peritale come:

- certificazione per assegno di invalidità o pensione di invalidità ordinaria;
- certificazione di idoneità a svolgere generica attività lavorativa;
- certificazioni peritali per infortuni redatte su modello specifico
- certificazione per riconoscimento di invalidità civile.

Le prestazioni del medico competente per l'attività di sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro ex D. Lgs. 626/94 sono esenti IVA, ai sensi dell'art. 6 della Legge 133/99, conformemente al criterio enunciato dalla Corte di Giustizia stante che il bene primario protetto è la salute dei lavoratori e la sicurezza sanitaria dell'ambiente di lavoro.

Le prestazioni di medicina estetica sono esenti IVA in quanto connesse al benessere psico – fisico del soggetto e quindi alla tutela della salute della persona.

Per quanto riguarda **le prestazioni del medico in regime di intra – moenia** valgono i principi sopra enunciati e pertanto quando il medico pone in essere prestazioni non riconducibili al trattamento di esenzione, per esempio di natura peritale, deve essere emessa fattura con addebito IVA al 20% da parte dell'ente di cui il medico è dipendente.

Nella circolare in oggetto non viene trattato l'aspetto del momento in cui debba ritenersi decorrenza l'obbligazione IVA per i professionisti.

In base ai principi generali la data di riferimento si deve intendere quella di pubblicazione delle sentenze della Corte di Giustizia ma in considerazione del fatto che l'Agenzia delle Entrate ha dettato i criteri sulla base dei quali le Direzioni regionali dovranno conformarsi nel valutare le dichiarazioni dei professionisti e, pertanto, quei criteri specifici

in base ai quali i contribuenti dovranno attenersi in fase di compilazione delle fatture, in data 28 gennaio 2005, risulterebbe vessatoria una richiesta di sanzione nei confronti di quei professionisti i quali non si fossero adeguati ai criteri dettati dopo più di un anno dalla data di pubblicazione delle sentenze in oggetto.

A questo proposito si forniscono dei riferimenti a sostegno della considerazione appena sopra enunciata: l'art. 10 della Legge 27/7/2000, n. 212, nota come " Statuto del contribuente" stabilisce che il contribuente non può essere sanzionato qualora sussistano obiettive condizioni di incertezza sulla portata e sull'ambito di applicazione della norma tributaria.

Un tempo così lungo per la formulazione dei criteri esplicativi comprova quelle obiettive condizioni di difficoltà di adattamento dei criteri enunciati dalla Corte di Giustizia rispetto alle disposizioni interpretative adottate sul territorio italiano fino ad oggi e, pertanto, testimoniano quelle obiettive condizioni di incertezza cui si riferisce l'art. 10 su menzionato.

Ad avvalorare questa posizione soccorrono anche due recenti sentenze della Corte di Cassazione (sentenza 29 settembre 2003 n. 14476 e 24 agosto 2004 n. 16751) che stabiliscono il principio in base al quale tutte le volte che l'equivocità della disciplina normativa induce in errore sul corretto adempimento degli obblighi tributari deve essere esercitato il potere di disapplicazione delle sanzioni.

Cordiali saluti
IL PRESIDENTE
Giuseppe del Barone

CIRCOLARE N. 4/E

Oggetto: Prestazioni mediche esenti - art.10, n.18), DPR 26 ottobre 1972 n. 633 - Art. 13, parte A, n 1, lett. c) della sesta direttiva del Consiglio 17 maggio 1977, 77/388/CEE .

Sentenze Corte di giustizia (del 20/11/2003 cause 307/01 e 212/01)

INDICE

1. Premessa.....	3
2. Trattamento IVA delle prestazioni mediche secondo la Corte di Giustizia.....	3
3. Applicabilità in ambito nazionale dei principi enunciati dalla Corte di Giustizia.....	6

4. Art 10, n. 18), del DPR 26 ottobre 1972, n. 633. Ambito di applicazione dell'esenzione. Criterio dello scopo principale della prestazione.....	7
5. Prestazioni di medicina legale.....	8
5.1 Riconoscimento cause di servizio.....	9
5.2 prestazioni rese dalle commissioni mediche di verifica in relazione alle istanze di pensione di invalidità.....	9
5.3 Commissioni mediche locali patenti guida.....	10
6. Certificazioni rilasciate dai medici di famiglia.....	11
7. Prestazioni del medico competente.....	13
8. Prestazioni di chirurgia estetica.....	14
9. Prestazioni intramoenia.....	14

1) Premessa

L'art. 10, n.18), del DPR 26 ottobre 1972 n. 633 esenta *“le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, ovvero individuate con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro delle finanze”*. La disposizione deriva dal recepimento nella normativa nazionale di quanto previsto dall'art.13, parte A, n.1, lett. c) della sesta Direttiva (direttiva 77/388/CEE del 17 maggio 1977) che dispone che gli Stati membri esentano *“le prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche quali sono definite dagli Stati membri interessati”*.

Sull'argomento, di recente, si è pronunciata la Corte di Giustizia Europea con sentenze del 20 novembre 2003 (cause C-307/01 e C-212/01) enucleando

taluni principi e limitazioni nell'applicazione della suddetta disposizione comunitaria.

Alla luce della interpretazione fornita dall'Organo di giustizia comunitaria, si ritiene opportuno, con la presente circolare fornire chiarimenti sul trattamento IVA applicabile alle prestazioni rese dai medici, allo scopo di assicurare comportamenti uniformi all'interno dello Stato.

2) Trattamento IVA delle prestazioni mediche secondo la Corte di Giustizia-

La Corte di Giustizia con le sentenze in rassegna (cause 307/01 e 212/01), pronunciate a seguito di controversie insorte in Austria e Gran Bretagna, ha affermato che il richiamato art. 13, parte A, n. 1, lett. c), non esenta l'insieme delle prestazioni che possono essere effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche ma solo quelle corrispondenti alla nozione "di prestazioni mediche" che deve assumere, ai fini dell'esenzione, un significato autonomo rispetto al complesso delle attività rese nell'ambito di tali professioni.

Secondo la Corte, l'esenzione va riconosciuta esclusivamente a quelle prestazioni mediche che sono dirette alla diagnosi, alla cura e, nella misura possibile, alla guarigione di malattie e di problemi di salute.

Infatti, per costante giurisprudenza della Corte di Giustizia (sentenze 10 settembre 2002-causa 141/00, 11 gennaio 2001-causa 76/99, 14 settembre 2000-causa n. 384), le esenzioni di cui all'art. 13 della sesta direttiva devono essere interpretate restrittivamente dato che costituiscono una deroga al principio generale secondo cui l'IVA è riscossa per ogni prestazione di servizi effettuata a titolo oneroso da un soggetto passivo.

Tuttavia la Corte ha precisato che anche le prestazioni effettuate a fini profilattici possono beneficiare dell'esenzione essendo ciò conforme all'obiettivo comune delle esenzioni previste dall'art. 13, n 1, lett. b) e c) della sesta direttiva

che è quello di ridurre il costo delle spese sanitarie e rendere pertanto le cure mediche accessibili ai singoli.

Al fine di delimitare l'ambito di applicazione dell'esenzione occorre individuare il contesto in cui le prestazioni sanitarie sono rese per stabilire quale sia il loro scopo principale. *“Pertanto -ad avviso della Corte- se una prestazione medica viene effettuata in un contesto che permette di stabilire che il suo scopo principale non è quello di tutelare nonché di mantenere o di ristabilire la salute, ma piuttosto quello di fornire un parere richiesto preventivamente all'adozione di una decisione che produce effetti giuridici, l'esenzione prevista dall'art. 13, parte A, n. 1, lett. c), della sesta direttiva non si applica”*.

Così la Corte ha escluso che possano rientrare nell'esenzione le perizie mediche la cui realizzazione, sebbene *“faccia appello alle competenze mediche del prestatore e possa implicare attività tipiche della professione medica, come l'esame fisico del paziente o l'esame della sua cartella clinica”*, persegue *“lo scopo principale di soddisfare una condizione legale o contrattuale prevista nel processo decisionale altrui”*.

Non costituiscono altresì, secondo la Corte, prestazioni mediche esenti quelle effettuate nell'esercizio della professione medica consistenti nel rilascio di certificati o referti sullo stato di salute di una persona al fine dell'istruzione di pratiche amministrative, come ad esempio quelle dirette ad ottenere una pensione di invalidità o di guerra, oppure esami medici eseguiti al fine di quantificare l'entità dei danni nei giudizi di responsabilità civile o al fine di intentare un'azione giurisdizionale in relazione ad errori medici.

A giudizio della Corte, ai fini dell'esenzione, inoltre, non è rilevante che l'attività peritale rivesta un interesse generale per la circostanza che l'incarico sia conferito da un giudice o da un ente di previdenza sociale, o che, in forza del diritto nazionale, le spese siano poste a carico di quest'ultimo; il carattere di interesse generale delle attività peritali non consente comunque di applicare l'esenzione a prestazioni mediche che non hanno la finalità di tutelare la salute

della persona; ciò in quanto l'art. 13 della direttiva non esenta da IVA ogni attività di interesse generale ma solo quelle enumerate e descritte in modo dettagliato.

In considerazione dello scopo principale delle prestazioni non possono essere esentati, secondo il convincimento della Corte di giustizia, gli esami medici, i prelievi di sangue o di altri campioni corporali effettuati per permettere al datore di lavoro di adottare decisioni relative all'assunzione o alle funzioni che un lavoratore deve esercitare oppure di permettere ad una compagnia di assicurazione di fissare il premio da esigere da un assicurato.

Non rientrano, inoltre, nell'ambito di applicazione dell'esenzione le prestazioni mediche tese a stabilire con analisi biologiche le affinità genetiche di individui (sentenza 14/09/2000-causa 384/98).

Diversamente, a parere dell'organo di giustizia comunitario, possono fruire dell'esenzione in quanto finalizzati alla tutela della salute:

- a) i controlli medici regolari, istituiti da taluni datori di lavoro o da talune compagnie assicurative, compresi i prelievi di sangue o di altri campioni corporali per verificare la presenza di virus, infezioni o altre malattie;
- b) il rilascio di certificati di idoneità fisica ad esempio a viaggiare;
- c) il rilascio di certificati di idoneità fisica diretti a dimostrare nei confronti di terzi che lo stato di salute di una persona impone limiti a talune attività o esige che esse siano effettuate in condizioni particolari.

3) Applicabilità in ambito nazionale dei principi enunciati dalla Corte di Giustizia.

La sesta direttiva n. 77/388/CEE -in materia di armonizzazione delle legislazioni degli stati membri relative alle imposte sulla cifra di affari- stabilisce un sistema di applicazione dell'IVA uniforme in tutti gli stati appartenenti alla Comunità al fine di evitare fenomeni distorsivi della concorrenza nella

circolazione dei beni e dei servizi. Tale sistema comporta che gli Stati membri hanno l'obbligo di uniformare i propri ordinamenti alle regole dettate dalla citata direttiva.

In tale contesto, improntato a criteri di uniformità, è pertanto necessario applicare i principi interpretativi espressi dalla Corte di Giustizia con le sentenze in rassegna, anche se pronunciate nei confronti di Stati diversi dall'Italia; in caso contrario infatti, l'Italia, in considerazione degli obblighi assunti in ambito comunitario, si esporrebbe al rischio di procedure d'infrazione per violazione della sesta direttiva.

In particolare le sentenze del 20 novembre 2003, intervenendo sul significato normativo dell'art. 13, parte A, n. 1, lett. c), della sesta direttiva, 77/388/CEE, rendono indispensabile una rilettura del sistema di esenzione previsto dall'art. 10, n. 18), del Dpr n. 633 del 1972, al fine di limitarne l'ambito di applicazione. Peraltro la generica formulazione di detta norma si presta alla soluzione ermeneutica offerta dalla Corte di giustizia in questione e non rende necessario l'intervento correttivo del legislatore nazionale.

4) Art 10, n. 18), del 26 ottobre 1972, n. 633. Ambito di applicazione dell'esenzione. (Criterio dello scopo principale della prestazione).

Come già detto, in ambito nazionale l'individuazione delle prestazioni mediche e paramediche esenti è operata dall'art. 10, n. 18), del DPR n. 633/1972, che fa riferimento alle *“prestazioni sanitarie di diagnosi cura e riabilitazione rese alla persona”*.

Al riguardo tenendo conto, in particolare, della nozione di “prestazione medica” elaborata nelle pronunce giurisdizionali in discorso, l'ambito di applicazione dell'esenzione prevista dal citato art. 10, n. 18), va limitato alle prestazioni mediche di diagnosi, cura e riabilitazione il cui scopo principale è quello di tutelare, mantenere o ristabilire la salute delle persone, comprendendo

in tale finalità anche quei trattamenti o esami medici a carattere profilattico eseguiti nei confronti di persone che non soffrono di alcuna malattia.

In tal modo si evita di comprendere indistintamente nell'esenzione IVA tutte le estrinsecazioni delle professioni mediche e paramediche, ma si rende necessario individuare nell'ambito di tali professioni le prestazioni non riconducibili alla nozione di prestazioni mediche enucleata dalla Corte di Giustizia.

Poiché l'interpretazione della Corte ha interessato i requisiti oggettivi che una prestazione medica o paramedica deve possedere per essere qualificata esente da IVA, non risulta in alcun modo intaccato il principio – che inerisce l'aspetto soggettivo - espresso dalla lettera c) dell'art. 13), della sesta direttiva, in base al quale la individuazione delle professioni e arti sanitarie è demandata ai singoli Stati. Pertanto deve ritenersi conforme al diritto comunitario la previsione recata dall'art. 10, n.18), secondo cui, sotto il profilo soggettivo, la prestazione medica e paramedica può essere esente dall'IVA solo se resa dai soggetti sottoposti a vigilanza ai sensi dell'art. 99 del R.D. 27 luglio 1934 n. 1265 e successive modificazioni ovvero individuati dal decreto del ministero della Sanità 17 maggio 2002.

L'elemento di novità che deriva dal contesto delineato dai giudici comunitari, riguarda in particolare le prestazioni di natura certificativa e soprattutto le perizie mediche.

Considerato che l'adozione di un criterio indefinito e talune volte non facilmente verificabile qual è "lo scopo principale della prestazione" può comportare conseguenze negative sul piano della corretta e uniforme applicazione dell'esenzione, al fine di limitare i dubbi interpretativi sorti in relazione ai molteplici quesiti prospettati dai contribuenti, si ritiene utile fornire una rassegna esemplificativa di fattispecie riconducibili o meno all'art. 10 n. 18) del DPR 633/1972.

5) Prestazioni di medicina legale

In generale vanno escluse dall'esenzione le attività rese dai medici nell'ambito della loro professione che consistono in perizie eseguite attraverso l'esame fisico o in prelievi di sangue o nell'esame della cartella clinica al fine di soddisfare una condizione legale o contrattuale prevista nel processo decisionale altrui o comunque per altre finalità non connesse con la tutela della salute.

Non possono beneficiare dell'esenzione pertanto le consulenze medico legali concernenti lo stato di salute delle persone finalizzate al riconoscimento di una pensione di invalidità o di guerra, gli esami medici condotti al fine della preparazione di un referto medico in materia di questioni di responsabilità e di quantificazione del danno nelle controversie giudiziarie (esempio: prestazioni dei medici legali come consulenti tecnici di ufficio presso i tribunali) o finalizzate alla determinazione di un premio assicurativo o alla liquidazione di un danno da parte di una impresa assicurativa; sono altresì escluse dall'esenzione le perizie tese a stabilire con analisi biologiche l'affinità genetica di soggetti al fine dell'accertamento della paternità.

Si ritiene opportuno esaminare più in dettaglio le seguenti ipotesi particolari sottoposte all'esame della scrivente.

5.1 Riconoscimento cause di servizio

Gli accertamenti medico-legali effettuati dall'INAIL, sulla base di convenzioni stipulate con aziende a fronte del pagamento di corrispettivi, connessi alle istanze di riconoscimento di "cause di servizio" presentate da lavoratori dipendenti in relazione ad infortuni, stati di infermità, inabilità assoluta o permanente, devono essere assoggettati ad IVA.

Si tratta infatti di prestazioni preordinate al riconoscimento o meno di benefici economici nei confronti del personale e non finalizzate alla tutela della

salute di detto personale. Qualora tuttavia l'INAIL renda, sulla base delle convenzioni, prestazioni mediche aventi una finalità terapeutica o di prevenzione, queste fruiscono dell'esenzione: è il caso dei controlli medici eseguiti sui lavoratori a scopo profilattico o al fine di stabilirne l'idoneità fisica, cioè se lo stato di salute consenta lo svolgimento di determinate mansioni ovvero il rientro al lavoro.

5.2 Prestazioni rese dalle commissioni mediche di verifica in relazione alle istanze di pensione di invalidità.

La Commissione medica di verifica istituita presso il Ministero dell'economia e finanze (Direzione centrale degli Uffici locali e dei servizi del tesoro) svolge attività di consulenza medico legale in relazione alle richieste di pensione di invalidità. I componenti della Commissione possono essere dipendenti di altri enti o liberi professionisti.

Per quanto riguarda le prestazioni rese nei confronti della Commissione dai medici dipendenti, non titolari di una posizione IVA in relazione ad una attività di lavoro autonomo, non si pone alcun problema di IVA, atteso che ai sensi dell'art.50, c.1, lettera f) del TUIR, il rapporto intrattenuto determina un reddito assimilato a quello di lavoro dipendente, come tale completamente estraneo all'ambito di applicazione dell'IVA.

Le prestazioni rese dai medici libero professionisti non possono beneficiare dell'esenzione di cui all'art. 10 del DPR n. 633 in quanto non hanno per scopo principale quello di tutelare, nonché di mantenere o ristabilire la salute di una persona ma quello di fornire un parere medico al fine di sostenere o invalidare una richiesta di riconoscimento di una pensione di invalidità o di guerra. Le prestazioni in discorso vanno pertanto assoggettate ad IVA con applicazione dell'aliquota ordinaria del 20%.

Si fa presente che ai sensi dell'art. 50, comma 1, lett. f) del Tuir, come modificato dall'art. 2, comma 35, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, i compensi erogati da Stato, Regioni, Province e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni, nel cui ambito devono comprendersi anche le partecipazioni a commissioni istituite sulla base di norme di legge, costituiscono redditi di lavoro autonomo se la prestazione è resa da soggetti titolari di partita IVA.

Anteriormente alla richiamata modifica normativa, in vigore dal 1° gennaio 2004, i compensi percepiti per l'esercizio di pubbliche funzioni costituivano redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente ancorché resi da professionisti. Le relative prestazioni, pertanto, non essendo rilevanti ai fini dell'IVA non erano soggette all'obbligo di fatturazione.

5.3 Commissioni mediche locali patenti di guida.

Le Commissioni mediche locali patenti di guida (organismi dei Ministeri della salute e delle infrastrutture e dei trasporti) hanno il compito di valutare l'idoneità alla guida di soggetti disabili o affetti da patologie potenzialmente pericolose per la guida, ai sensi dell'art. 119, comma 4, del codice della strada (d.lgs. 30 aprile 1992, n. 285).

Il regolamento di esecuzione del codice della strada pone a carico degli utenti il versamento di "diritti" per le operazioni di competenza delle commissioni, che verranno destinati in parte al pagamento dei gettoni di partecipazione dei componenti e, in parte alle spese di funzionamento delle commissioni.

In relazione a ciò si ritiene che le prestazioni rese dai medici libero professionisti componenti delle Commissioni mediche in questione rientrino nell'ambito applicativo dell'esenzione in quanto lo scopo principale non consiste nel rilascio dell'autorizzazione amministrativa alla guida, ma nella tutela preventiva della salute di soggetti che, trovandosi in particolari condizioni

fisiche, potrebbero compromettere la propria salute e l'incolumità della collettività attraverso la guida di autoveicoli.

Il rilascio della patente avverrà solo a seguito del superamento dell'esame di guida.

Per quanto concerne l'attività svolta dalla Commissione nei confronti degli utenti si ritiene che questa non assuma rilevanza ai fini dell'IVA in quanto attiene all'esercizio di compiti istituzionali previsti da norme di legge. Le somme dovute dagli utenti, non costituendo il corrispettivo di prestazioni di servizi di natura commerciale, non devono essere, pertanto, gravate da imposta.

Devono essere altresì ricondotte all'esenzione IVA le ordinarie visite mediche effettuate per il rilascio o il rinnovo di patenti a soggetti non affetti da disabilità.

6) Certificazioni rilasciate dai medici di famiglia

I medici di famiglia esercitano in connessione alle prestazioni cliniche una serie di prestazioni cui sono tenuti su richiesta del cittadino e a fronte delle quali, in taluni casi, ricevono il pagamento di una parcella. I medici di famiglia, inoltre, sono tenuti a rilasciare certificati sulla base di apposite disposizioni normative, senza percepire compensi.

Al riguardo si ritiene che siano esenti da IVA, quando rese dietro pagamento di un corrispettivo, le prestazioni rese dai medici di famiglia nell'ambito delle proprie attività convenzionali e istituzionali, comprese quelle attività di natura certificativa strettamente connesse all'attività clinica resa ai propri assistiti e funzionalmente collegate alla tutela della salute delle persone, intesa anche come prevenzione.

A titolo esemplificativo si segnalano le seguenti prestazioni che hanno quale scopo principale la tutela della salute anche se, in taluni casi, possono fornire a terzi elementi istruttori:

- certificati per esonero dalla educazione fisica;

- certificazione di idoneità per attività sportiva;
- certificati per invio di minori in colonie o comunità;
- certificati di avvenuta vaccinazione.

Le indicate certificazioni, rese a seguito di apposito esame clinico da parte del medico, non hanno come finalità principale quella di consentire a determinati soggetti di prendere una decisione, intervenendo pertanto nel processo decisionale altrui. Ad esempio i certificati di buona costituzione fisica richiesti per intraprendere una attività sportiva, realizzano lo scopo principale di tutelare in via preventiva la salute dei cittadini, sia come singoli che come collettività, nei luoghi dove vengono esercitate attività collettive sportive, didattiche, di lavoro.

Al di fuori delle ipotesi (come quelle richiamate) in cui lo scopo della prestazione è ben individuato, per usufruire dell'esenzione da IVA occorre che sia menzionata la finalità principale –di tutela della salute- della certificazione richiesta. In difetto di tale dichiarazione infatti le certificazioni vanno assoggettate ad IVA in quanto le esenzioni previste dall'art. 10 in questione, in conformità dei principi espressi dalla Corte di Giustizia, devono essere interpretate restrittivamente costituendo una deroga al principio generale dell'assoggettamento ad IVA delle prestazioni rese a titolo oneroso da un soggetto passivo.

Non rientrano, invece, nell'ambito applicativo dell'esenzione le prestazioni di natura peritale, cioè quelle tendenti a riconoscere lo status del richiedente rispetto al diritto all'indennizzo o al diritto ad un beneficio amministrativo o economico.

Ad esempio :

- Certificazione per assegno di invalidità o pensione di invalidità ordinaria;
- Certificazione di idoneità a svolgere generica attività lavorativa;
- Certificazioni peritali per infortuni redatte su modello specifico;
- Certificazione per riconoscimento di invalidità civile.

I medici sono tenuti inoltre a rendere senza corrispettivo determinate prestazioni la cui obbligatorietà deriva per legge dalla natura dell'attività esercitata. Dette prestazioni non rilevano ai fini IVA in quanto non si realizzano i presupposti per l'applicazione dell'imposta.

Si tratta ad esempio di:

- dichiarazione di nascita, dichiarazione di morte;
- denunce penali o giudiziarie;
- denunce di malattie infettive e diffusive;
- notifica dei casi di AIDS;
- denuncia di malattia venerea;
- segnalazione di tossicodipendenti al servizio pubblico;
- denuncia di intossicazione da antiparassitario;
- denuncia della condizione di minore in stato di abbandono;
- certificati per rientro al lavoro o per rientro a scuola a seguito di assenza per malattia.

7) Prestazioni del medico competente

Le prestazioni rese dal medico competente nell'ambito della sua attività di sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro, sulla base del Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, sono esenti da IVA ai sensi dall'art. 6 della legge n. 133 del 1999 (risoluzione 18/09/2003 n. 181). Tale disposizione risulta conforme ai criteri enunciati dalla Corte di Giustizia in quanto il bene giuridico primario protetto attraverso l'attività posta in essere dal medico competente è la salute dei lavoratori ed in particolare la sicurezza sanitaria dell'ambiente di lavoro.

8) Prestazioni di chirurgia estetica

Le prestazioni mediche di chirurgia estetica sono esenti da IVA in quanto sono ontologicamente connesse al benessere psico-fisico del soggetto che riceve la prestazione e quindi alla tutela della salute della persona.

Si tratta di interventi tesi a riparare inestetismi, sia congeniti sia talvolta dovuti ad eventi pregressi di vario genere (es: malattie tumorali, incidenti stradali, incendi, ecc.), comunque suscettibili di creare disagi psico-fisici alle persone.

9) Prestazioni intramoenia

Si ritiene opportuno segnalare, conclusivamente, che nei casi richiamati, in cui sulla base dei principi formulati dalla Corte di Giustizia la prestazione del medico non è riconducibile al trattamento di esenzione (es. medicina legale), deve essere emessa fattura con addebito di IVA anche se il sanitario opera in regime di intra-moenia. In tale ipotesi, poiché il medico opera nel quadro di un rapporto assimilato a quello di lavoro dipendente la prestazione sanitaria è formalmente resa al paziente dall'ente di cui il medico è dipendente.

Per tale motivo sarà il predetto ente ad emettere la fattura con applicazione dell'IVA al 20%.

Le Direzioni regionali vigileranno sulla corretta applicazione delle presenti istruzioni.

RIEPILOGO

Da: LA SETTIMANA FISCALE - N. 8
24 febbraio 2005
Interpretazione della Corte di Giustizia

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	ESENZIONE IVA
Perizie mediche da chiunque conferite «la cui realizzazione, sebbene faccia appello alle competenze mediche del prestatore e possa implicare attività tipiche della professione medica, come l'esame fisico del paziente o l'esame della sua cartella clinica, persegue lo scopo principale di soddisfare una condizione legale o contrattuale prevista nel processo decisionale altrui»	NO
Rilascio di certificati o referti sullo stato di salute di una persona al fine dell'istruzione di pratiche amministrative.	NO
Esami medici eseguiti al fine di quantificare l'entità dei danni nei giudizi di responsabilità civile o al fine di intentare un'azione giurisdizionale in relazione a errori medici.	NO
Controlli medici regolari, istituiti dai datori di lavoro o da altre compagnie assicurative, compresi i prelievi di sangue o di altri campioni corporali per verificare la presenza di virus, infezioni o altre malattie	SI
Esami medici, prelievi di sangue o di altri campioni corporali effettuati per permettere al datore di lavoro di adottare decisioni relative all'assunzione o alle funzioni che un lavoratore deve esercitare oppure di permettere ad una compagnia di assicurazione di fissare il premio da esigere da un assicurato	NO
Analisi biologiche tese a stabilire le affinità genetiche di individui	NO
Rilascio di certificati di idoneità fisica a viaggiare	SI
Rilascio di certificati di idoneità fisica diretti a dimostrare nei confronti di terzi che lo stato di salute di una persona impone limiti a talune attività o esige che esse siano effettuate in condizioni particolari	SI

«L'elemento di novità che de-riva dal contesto delineato dai giudici comunitari, riguarda in particolare le prestazioni di natura certificativa e soprattutto le perizie mediche». Onde evitare dubbie interpretazioni, l'Agenzia delle Entrate elenca le seguenti fattispecie indicando l'applicabilità o meno dell'esenzione alle stesse: prestazioni di medicina legale;

certificazioni rilasciate dai medici di famiglia; prestazioni del medico competente in materia di sicurezza sul lavoro; prestazioni di chirurgia estetica.

Prima di analizzare le singole tipologie, va, comunque, precisato che, in tutti i casi in cui, sulla base dei principi formulati dalla Corte di Giustizia e adottati dall'Amministrazione finanziaria, la prestazione del medico non è esente, deve essere emessa fattura con addebito di Iva anche se il sanitario opera in regime di intramoenia.

In tale ipotesi, poiché il medico opera nel quadro di un rapporto assimilato a quello di lavoro dipendente la prestazione sanitaria è formalmente resa al paziente dall'ente di cui il medico è dipendente. Per tale motivo sarà il predetto ente ad emettere la fattura con applicazione dell'Iva al 20%.

Prestazioni di medicina legale

In linea generale, l'Agenzia sposa la tesi della Corte di Giustizia, chiarendo che le prestazioni di medicina legale vanno escluse dall'esenzione Iva, tranne alcune fattispecie (si veda la Tavola 3).

Certificazioni rilasciate dai medici di famiglia

Secondo l'interpretazione fornita dall'Agenzia, sono esenti da Iva, quando fornite dietro pagamento di un corrispettivo, le prestazioni rese dai medici di famiglia nell'ambito delle proprie attività convenzionali e istituzionali,

comprese quelle attività di natura certificativa strettamente connesse all'attività clinica resa ai propri assistiti e funzionalmente collegate alla tutela della salute delle persone, intesa anche come prevenzione.

Al di fuori delle ipotesi di cui sopra, per usufruire dell'esenzione da Iva, occorre che sia menzionata la finalità principale (di tutela della salute) della certificazione richiesta.

In mancanza di tale dichiarazione le certificazioni vanno assoggettate ad Iva.

Non sono invece esenti le prestazioni di natura peritale effettuate dai medici di famiglia (si veda la Tavola 3).

Prestazioni del medico competente in materia di sicurezza sul lavoro. L'Agenzia conferma che le prestazioni rese dal medico competente nell'ambito della sua attività di sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro, sulla base del D.Lgs. 626/1994, sono esenti da Iva in quanto non contrastano con i principi enunciati dalla Corte di Giustizia.

LA SETTIMANA FISCALE - N. 8

Agenzia delle Entrate

TIPOLOGIA di PRESTAZIONI	ESENZIONE IVA
Consulenze medico legali per il riconoscimento di una pensione di invalidità o di guerra	NO
Esami medici condotti al fine della preparazione di un referto medico in materia di questioni di responsabilità e di quantificazione del danno nelle controversie giudiziarie e o finalizzate alla determinazione di un premio assicurativo o alla liquidazione di un danno da parte di una impresa assicurativa	NO
Perizie tese a stabilire con analisi biologiche l'affinità genetica di soggetti al fine dell'accertamento della paternità	NO
Accertamenti medico-legali effettuati dall'Inail, sulla base di convenzioni stipulate con aziende a fronte del pagamento di corrispettivi, connessi alle istanze di riconoscimento di «cause di servizio» presentate da lavoratori dipendenti in relazione ad infortuni, stati di infermità, inabilità assoluta o permanente	NO
Prestazioni mediche rese dall'Inail, sulla base delle convenzioni, aventi una finalità terapeutica o di prevenzione	SI
Prestazioni mediche rese dai medici libero professionisti nei confronti della Commissione medica di verifica istituita presso il Ministero dell'Economia e Finanze in relazione alle richieste di pensione di invalidità	NO
Prestazioni rese dai medici libero professionisti componenti delle Commissioni mediche locali patenti di guida	SI
Visite mediche effettuate per il rilascio o il rinnovo di patenti a soggetti non affetti da disabilità	SI
Rilascio da parte di medici di famiglia, dietro pagamento di corrispettivo, di: certificati per esonero dalla educazione fisica; certificati di idoneità per attività sportiva; certificati per invio di minori in colonie o comunità; certificati di avvenuta vaccinazione	SI
Rilascio da parte di medici di famiglia, dietro pagamento di corrispettivo, di: certificati per assegno di invalidità o pensione di invalidità ordinaria; certificati di idoneità a svolgere genericamente attività lavorativa; certificati peritali per infortuni redatti su modello specifico; certificati per riconoscimento di invalidità civile	NO
Prestazioni rese dal medico competente nell'ambito della sua attività di sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro in base al D.Lgs. n. 626/1994	SI
Prestazioni mediche di chirurgia estetica	SI

Prestazioni di chirurgia estetica

Anche le prestazioni mediche di chirurgia estetica sono esenti da Iva in quanto sono connesse al benessere psicofisico del soggetto che riceve la prestazione e quindi alla tutela della salute della persona (si veda la Tavola 3).

NORME EDITORIALI

- Il *Cesalpino* pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.
- I lavori devono essere indirizzati a : Redazione "Il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo - Viale Giotto 134 52100 Arezzo - Tel 0575/22724 Fax 0575/300758 - E-mail chirurghi@omceoar.it così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.
- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie (risoluzione foto 300 dpi). Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a chirurghi@omceoar.it
- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'Istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.
- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.
- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.
- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il n. di 10.
- Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. Pathogenetic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. *HepatoI* 1994; 20:1225 - 1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.
- Il materiale iconografico deve essere corredato dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono

essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva.

- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli autori ritengano importante l'utilizzo del colore, potranno richiedere, accollandosi le spese, la pubblicazione a 4 colori.

- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).

- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.

- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria della Redazione de "Il Cesalpino" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore (INDICARE INDIRIZZO PRECISO), se non altrimenti richiesto. Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata.

La richiesta di estratti va fatta direttamente a:

L. P. Grafiche - Via F. Filzi 28/int.

Tel.0575/907425 - 52100 Arezzo.

- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.

- I dattiloscritti dei lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. E' vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.

- E' prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.

