

TMT
Mensile organo ufficiale
Ordine dei medici del Cantone Ticino

Corrispondenza
OMCT, Via Cantonale,
Stabile Qi – CH-6805 Mezzovico
info@omct.ch
Tel. +41 91 930 63 00 - fax +41 91 930 63 01

Direttore responsabile
Dr. Med. Vincenzo Liguori
Pian Scairolo 34 a
6915 Lugano-Noranco
Tel + 041 091 993 21 10 Fax +41 091 993 21 32
vincenzo.liguori@hin.ch

Redazione Scientifica
Coordinatore Responsabile
Prof. Dr. Med. Mario Bianchetti
mario.bianchetti@pediatrician.ch

Comitato Scientifico
Prof. Dr. Med. Luca Mazzucchelli
Prof. Dr. Med. Augusto Gallino
Dr. Med. Christian Candrian
Dr. Med. Mauro Capoferri
Dr. Med. Fabio Cattaneo
Dr. Med. Christian Garzoni
Dr. Med. Curzio Solcà

Fotocomposizione-stampa e spedizione
Tipografia Poncioni SA,
Via Mezzana 26 - CH-6616 Losone
(tribunamedica@poncioni.biz)
Tel. +41 91 785 11 00 - fax +41 91 785 11 01



Ordine dei medici vicino alla natura

Pubblicità
Axel Springer Schweiz AG
Fachmedien
Yvette Guggenheim
Postfach 3374, CH-8021 Zürich
(tribuna@fachmedien.ch)
Tel. +41 43 444 51 04 - fax +41 43 444 51 01

Abbonamento annuale
Fr. 144.- (11 numeri)
Medici Assistenti Fr. 48.-

SOMMARIO

EDITORIALE

SEZIONE SCIENTIFICA

Riabilitazione oncologica, una realtà nascente in Ticino	33
S. Mauri, N. Bender	
Test prenatale non invasivo per aneuploidia. Cosa cambia nella pratica clinica? , S. Kardakis, F. Trento, G. Caccia	37
La periartrite omero-scapolare non esiste più! , Chr. Candrian, N. Schiavone, F. Del Grande, G. Walch	41
Revisione Cochrane: statine e insufficienza renale cronica: una buona combinazione? , F. Barazzoni	47
Patologia in pillole , L. Mazzucchelli, D. Christoforidis	51

ATTIVITÀ E COMUNICAZIONI DELL'OMCT

Date da ricordare	53
Offerte e domande d'impiego	53
Persone	55
Oncolunches 2013	55
Corso di aggiornamento regionale	56
IOSI - Conferenze formative	56
Formazione servizio Radiologia ORL 2013	57
Allergie e inquinamento atmosferico	57
Associazione Triangolo Sopraceneri - Conferenze 2013	57
Programma formativo Medici accreditati e Medici Assistenti	58
Clinica Santa Chiara	
Simposio ticinese di immunologia clinica	58
Premio letterario internazionale città di Arona	58

RASSEGNA DELLA STAMPA **60**

SEZIONE GIURIDICA

Sulla revoca dell'autorizzazione di esercizio	65
--	-----------

Il Presidente OMCT dr. med. Franco Denti ha cortesemente messo a disposizione la pagina di questo numero ai Colleghi del Servizio Medico Regionale AI.

Le “malattie non oggettivabili” Ecco come vengono considerate dall’Assicurazione Invalidità

Il concetto di “patologia non oggettivabile”, nell’ambito della sesta revisione della LAI deve essere chiarito e delimitato con precisione, per evitare dei pericolosi fraintendimenti.

Secondo l’Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), tale concetto si riferisce infatti a sindromi senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata. Questa definizione resta tuttavia ancora troppo generica per avere un’utilità operativa in ambito medico-assicurativo. L’UFAS fornisce pertanto un elenco delle sindromi che ricadono sotto questo capitolo. Esse sono: i disturbi da dolore somatoforme, la sindrome da fatica cronica, la fibromialgia, la nevralgia, l’anestesia e la perdita sensoriale dissociative, l’ipersonnia non organica, i disturbi dissociativi dell’attività motoria e il traumatismo cervicale da contraccolpo (colpo di frusta).

L’UFAS precisa tuttavia che non vanno considerate “malattie non oggettivabili” altri disturbi psichiatrici, quali ad esempio le depressioni, la schizofrenia, i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi dell’alimentazione, i disturbi ansioso-fobici o i disturbi della personalità, per i quali peraltro la ricerca sta accumulando sempre più evidenze di alterazioni neuro-morfologiche.

Sulla base di un’ampia giurisprudenza, la quale a sua volta fa riferimento a studi epidemiologici, le patologie non oggettivabili sopra elencate non vengono “di principio” considerate invalidanti.

L’eterogeneità delle ipotesi psicopatologiche che cercano di spiegare l’insorgenza delle diverse “malattie non oggettivabili” non permette una trattazione globale delle stesse, che peraltro esula da questo contesto. Tuttavia, quando il legislatore definisce non-invalidanti queste malattie, adotta il principio della cosiddetta “superabilità dei limiti”. Non si vuole dunque negare né la presenza della malattia, né la sofferenza che essa comporta per l’individuo. Si afferma invece che, al di là dei meccanismi patogenetici sottostanti, i limiti dettati dal processo morboso sono superabili attraverso un ragionevole sforzo di volontà da parte del paziente. Infatti, tutte queste patologie, pur avendo un’eziopatogenesi poco chiara ed eterogenea, presentano un comune denominatore: dei significativi meccanismi di vantaggio, più o meno consci, coagulano attorno al sintomo le tensioni psicosociali dell’individuo e mantengono l’omeostasi psichica entro la cornice del ruolo di malato.

Da questa constatazione deriva l’importanza di attivare coloro che soffrono di queste patologie, spingendoli a rimettersi in gioco, sia nel lavoro che, di riflesso, nella società. Esigere dal paziente uno sforzo di volontà per superare i propri limiti, permette il recupero del funzionamento ed il contenimento della malattia stessa. Al contrario, un atteggiamento terapeutico poco esigente, così come ogni logica di risarcimento, mantenendo il soggetto fuori dal mondo del lavoro non fanno altro che peggiorare e cronicizzare la malattia. Un paziente rassegnato, focalizzato solo sul proprio dolore, perde progressivamente il proprio ruolo all’interno della società e della famiglia; si aggrappa al sintomo ed ai vantaggi primari e secondari che esso offre, per mantenere in equilibrio il proprio Sé e dare un nuovo senso, seppur precario e distorto, al proprio orizzonte umano.

Eccezionalmente, ma solo per casi di notevole gravità, si ammette che un soggetto con questi disturbi non sia più capace di mettere in atto lo sforzo di volontà necessario a superare i limiti della malattia. Tale gravità deve però essere comprovata secondo parametri specifici, i cosiddetti criteri di Foerster, dal nome del medico legale tedesco che li ha studiati. Secondo tali criteri l’impossibilità di riattivare un paziente affetto da malattia somatoforme è ammissibile solo di fronte a: una grave comorbidità psichiatrica o somatica, un isolamento sociale in tutti gli ambiti, una scarsa risposta terapeutica nonostante anni di cure condotte secondo la regola dell’arte, uno stato psichico cristallizzato che non è più suscettibile di evoluzione favorevole. Non esiste un modo univoco e standardizzato per quantificare la gravità della malattia desumendola dal cumulo di questi fattori. Il medico deve però descriverli nella loro complessità, giungendo a conclusioni coerenti e fondate. Compete infine all’amministrazione o, in ultima analisi, al giudice, decidere se sulla base degli argomenti portati lo sforzo di volontà del paziente non sia più esigibile.

6a revisione Assicurazione Invalidità: un cambiamento che offre nuove opportunità

Negli ultimi anni, la Legge federale dell’assicurazione per l’invalidità ha subito numerose modifiche. La più significativa è stata la quinta revisione, entrata in vigore nel 2008, che ha segnato tangibili cambiamenti finalizzati a potenziare gli strumenti per la reintegrazione delle persone nel mercato del lavoro primario. A questo proposito si ricordano in particolare il rilevamento tempestivo e l’intervento tempestivo.

Lo scopo finale era quello di contenere maggiormente la concessione delle nuove rendite grazie anche a provve-

dimenti professionali che rappresentino una reale alternativa alla rendita.

Avvocato Maestri, il 1° gennaio 2012 è entrata in vigore la 6a revisione dell'Assicurazione Invalidità dopo soli 4 anni dall'introduzione della 5a revisione. Come si spiega questo fermento legislativo?

Vale senz'altro la pena ricordare come la 6a revisione, entrata in vigore nel 2012, costituisce una continuità a questo discorso reintegrativo. In particolare, con la 5a revisione. Infatti le misure di risanamento adottate sono indirizzate a permettere alle persone che già beneficiano di una rendita, di rimettersi in gioco a titolo lavorativo. ritrovando un ruolo attivo non solo a livello professionale, ma anche sociale. Un tale modo di procedere è un fattore di valorizzazione delle persone in rendita, mettendo in evidenza le loro capacità e competenze che possono produrre valore aggiunto.

La 6a revisione è dunque un mezzo di rilancio per persone che hanno perso parzialmente o totalmente la loro capacità di guadagno. Ma è sempre possibile applicare provvedimenti professionali a persone beneficiarie di rendita?

È importante segnalare che prima di attuare provvedimenti professionali ad assicurati già beneficiari di rendita esiste una procedura di verifica per determinare dove è possibile o auspicabile intervenire. Una prima verifica interna viene svolta da un rappresentante del Servizio Medico Regionale in collaborazione con un responsabile integrazione dell'Assicurazione Invalidità. Questi, attraverso un colloquio preliminare con l'assicurato e il coinvolgimento attivo della rete dell'assicurato, valutano attentamente la situazione prima di applicare i provvedimenti professionali introdotti con la 6a revisione AI. Ed è solo dopo la buona riuscita dei provvedimenti messi in atto, che l'ufficio AI rivaluta il grado di

invalidità, eventualmente diminuendo o sopprimendo la quota di rendita.

Quali vantaggi tangibili porterà secondo lei la 6a revisione AI?

Da tutto questo si possono trarre effetti benefici: dare una seconda occasione ai nostri assicurati per rientrare nel mondo attivo del lavoro, migliorando la loro qualità di vita e rendendoli più autonomi a livello finanziario ed eliminare quella discrepanza che si è creata nel tempo in rapporto alle persone che oggi, per la prima volta, si rivolgono all'ufficio AI.

Oltre a questo i risultati devono alla fine portare ad un risanamento finanziario di questa importante assicurazione sociale, sofferente di 15 miliardi di deficit.

E il medico curante: quale può essere il suo apporto?

Affinché l'obiettivo sia raggiunto con la soddisfazione di tutte le parti, il ruolo di sostegno del medico del progetto reintegrativo, messo in atto dall'ufficio AI, è fondamentale. L'esperienza di collaborazione, intensificatasi negli ultimi anni, con i curanti ci porta ad affermare che, anche se vista da due punti di vista diversi, vi è un punto in comune importante: il benessere della persona, raggiunto anche tramite l'interazione tra la situazione medica e quella lavorativa.

L'assenza di un danno alla salute non è un presupposto necessario per l'esercizio di un'attività lavorativa. Tuttavia il medico curante può supportare il proprio paziente in modo tale che il problema non costituisca un ostacolo, mettendo in evidenza le risorse della persona e quindi permettendo all'ufficio AI di progettare insieme ad essa il reinserimento in un posto di lavoro.

Alberto Bonzano, medico psichiatra FMH,
Capo del Servizio Medico Regionale