



Bollettino ⁰¹⁻²⁰¹⁸

**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 01/2018**



Castiglione del Lago

i n d i c e

RINNOVO CONSIGLIO
DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGI ED
ODONTOIATRI

pag 3:

EVIDENCE BASED MEDICINE,
REAL LIFE MEDICINE, REAL
WORLD EVIDENCE: DA DOVE
PARTIRE E DOVE ARRIVARE?

pag 4:

NON SI MUORE QUANDO
SI DEVE, MA QUANDO
SI PUÒ

pag 8:

ASSEMBLEA GENERALE
ORDINARIA ANNUALE
17 DICEMBRE 2017

pag 18:

RELAZIONE SU CONTO
CONSUNTIVO 2016
ASSESTAMENTO 2017
BILANCIO PREVENTIVO 2018

pag 27

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 01/2018

Sommario

RINNOVO CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI	3
EVIDENCE BASED MEDICINE, REAL LIFE MEDICINE, REAL WORLD EVIDENCE: DA DOVE PARTIRE E DOVE ARRIVARE?	4
NON SI MUORE QUANDO SI DEVE, MA QUANDO SI PUÒ	8
DIFENDERE LA SANITÀ	10
C'È UN FUTURO PER LA SANITÀ PUBBLICA?	12
8 MARZO 2018 È STATA IN ROSA LA 13ª GIORNATA MONDIALE DEL RENE	15
ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE 17 DICEMBRE 2017	18
RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2016, ASSETAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2017, BILANCIO PREVENTIVO 2018	27
???????????	42

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
 - essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.
- La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE:

Dott. Graziano CONTI

VICE PRESIDENTE

Dott.ssa Verena DE ANGELIS

TESORIERE

Dott. Andrea DONATI
(Consigliere Odontoiatra)

SEGRETARIO

Dott. Stefano LENTINI

CONSIGLIERI

Dott. Mario BERARDI

Dott.ssa Patrizia BODO

Dott. Marco CAPORALI

Dott.ssa Cristina CENCI

Dott. Alfredo CRESCENZI

Dott. Stefano CUSCO

Prof. Cesare FIORE

Dott.ssa Alessandra FUCÀ

Dott. Gian Marco MATTIOLI

Dott. Antonio MONTANARI

(Consigliere Odontoiatra)

Dott. Primo PENSI

Dott. Tiziano SCARPONI

Dott. Massimo SORBO

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Dott. Antonio MONTANARI

COMPONENTI

Dott. Leonardo CANCELLONI

Dott. Andrea DONATI

Dott. Lorenzo OLIVIERI

Dott. Ezio POLITI

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE

Dott. Francesco GIORGETTI

EFFETTIVI

Dott. Giovanni Battista GENOVESI

Dott.ssa Elisa PACCAMICCIO

SUPPLENTE

Dott.ssa Claudia GIANNONI

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

Comitato di redazione

Dott.ssa Silvia CARSETTI

Dott.ssa Cristina CENCI

Dott. Igino FUSCO MOFFA

Dott. Alfredo NOTARGIACOMO

Dott. Lorenzo OLIVIERI

Dott.ssa Elisa PACCAMICCIO

Dott. Giuseppe QUINTALIANI

Prof. Fausto SANTEUSANIO

Dott. Massimo SORBO

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it - segretario@ordinemediciperugia.it
uffici@ordinemediciperugia.it - commissioneodo@ordinemediciperugia.it
previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it

RINNOVO CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI

Nei giorni 21, 22 e 23 ottobre 2017 si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo, della Commissione Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti di questo Ordine Provinciale per il triennio 2018-2020.

Vi è stato un certo avvicendamento e rinnovamento con l'elezione di medici che rappresentano le varie categorie e le varie anime della professione.

Del nuovo consiglio direttivo fanno parte otto medici appartenenti al mondo della dipendenza e sette di quello della non dipendenza e delle convenzioni con due odontoiatri liberi professionisti che completano la squadra.

Per quanto attiene alla rappresentanza di genere complessivamente dei nuovi organi fanno parte sei colleghe, una delle quali ha assunto la vice presidenza, a testimonianza e conferma della loro sempre più significativa e importante presenza nel mondo della sanità.

Presidente e segretario sono stati confermati, mentre vicepresidente e tesoriere sono al loro primo incarico in tale funzione.

Lasciano il consiglio per loro scelta il dott. Valerio Sgrelli, già vice presidente, e il dott. Stefano Caraffini. Lavorare con loro è stato un onore e un privilegio e spero che continuino ad offrirci il loro contributo e la loro collaborazione anche in futuro.

Lasciano il collegio dei revisori il dott. Oreste Luchetti e il dottor Gianluigi Rosi e vale anche per loro quanto ho detto sopra.

Per quanto riguarda la mia persona qualcuno potrà dire "rieccolo", ma ho accettato l'invito e il voto unanime dei consiglieri eletti per questo ulteriore mandato nell'intenzione di operare in questo triennio per un passaggio di conoscenze e competenze ai colleghi più giovani nell'ottica di un effettivo ricambio per cui considero questo triennio come l'ultimo della mia ormai lunga esperienza ordinistica.

Continuerà in questa consiliatura il nostro impegno per la formazione e cercheremo inoltre di realizzare una effettiva alleanza tra medici che operano in settori diversi della sanità, di garantire un effettivo ricambio generazionale, difendendo ruolo e competenze del medico, garantendo la necessaria considerazione delle funzioni connesse all'esercizio della professione medica, senza dannose confusioni, commistioni o improprie surroghe con le competenze professionali di altre figure della sanità, anch'esse necessarie ed essenziali al miglior funzionamento del Servizio Sanitario e, in definitiva, alla più efficace, efficiente ed appropriata tutela della salute dei pazienti.



EVIDENCE BASED MEDICINE, REAL LIFE MEDICINE, REAL WORLD EVIDENCE: da dove partire e dove arrivare?

Dott. Tiziano Scarponi

Sono perfettamente consapevole che mi sto addentrando in un argomento per me poco consueto e per certi aspetti anche abbastanza ostico. Non nascondo che sono sempre stato poco affascinato dai numeri e dalle cosiddette scienze della natura mentre invece, forse per predisposizione familiare, sono sempre stato più ben disposto per le cosiddette scienze umane. Anche la scelta di fare il medico di famiglia, in un periodo in cui era ancora abbastanza possibile poter scegliere quale professione medica fare, riflette questa mia inclinazione più rivolta alla relazione, a contestualizzare in un'ottica di vita reale i problemi di salute di un essere umano cercando di mediare, quanto più possibile, tra la soggettività del singolo e la presunta oggettività della medicina come scienza e disciplina.

Innanzitutto premetto che ho sempre visto e giudicato positivamente, per quel poco che può contare il mio giudizio, la Medicina Basata sull'Evidenza: come poter rinunciare ai risultati degli studi clinici randomizzati e controllati che hanno l'obiettivo di validare gli esiti di un intervento farmacologico o di una terapia?

La mia memoria torna indietro nel tempo. Ai tempi delle calcitonine spray nasali, alle citicoline che ringiovanivano il cervello e ai gangliosidi che ricostruivano la guaina melinica delle fibre nervose rovinata da Herpes Zoster e compressioni meccaniche. Ai tempi in cui in Italia bastava che qualche clinico blasonato presentasse una ricerca su una ventina di pazienti senza nessun gruppo di controllo e il farmaco veniva registrato e rimborsato dal SSN. Con l'avvento dell'EBM questo scempio è finito e adesso se un nuovo farmaco viene commercializzato ha superato senza dubbio il vaglio delle prove di efficacia. Non tutti i problemi però sono stati risolti. Sappiamo tutti che i pazienti arruolati nei *clinical trials* sono dei pazienti che possiedono alcune caratteristiche precise: giovani adulti, maschi, in mono terapia e in mono patologia. Sono pazienti che nel 2018 e alle nostre latitudini quasi non esistono più, per cui ogni volta che vedo la terapia di un mio paziente medio, ultraottantenne, con quattro o cinque malattie e che prende sei o sette farmaci, faccio mille scongiuri perché non sono assolutamente in grado di sapere quali potranno essere le con-

sequenze reali di tali misture nel lungo periodo. Per fortuna nostra, fatemi dire cinicamente, che essendo tutti di età avanzata, l'osservazione nel lungo periodo rimane molto spesso un concetto teorico.

S'inizia, pertanto, a parlare sempre più degli studi di *Real Life* che in pratica sono dei registri in cui sono riportati i dati delle cartelle cliniche di migliaia di pazienti reali contenuti in grandi *data base*. I dati provenienti dai registri permettono

di avere informazioni rilevanti su grandi numeri e per tempi anche prolungati, a volte per oltre dieci anni (studi longitudinali). Ogni paziente è registrato con tutti i suoi dati clinici, le sue comorbidità e la sua eventuale politerapia ed è possibile pertanto fare una fotografia sulla reale efficacia del farmaco in termini di miglioramento clinico, di monitoraggio di eventuali effetti collaterali che non si erano presentati durante la sperimentazione. Per questo motivo gli studi osservazionali condotti in contesti *real life* rappresentano un importante complemento agli studi controllati randomizzati.

Sono indispensabili soprattutto per le patologie croniche che richiedono terapie croniche, per valutare quanto ci si guadagna in termini di sopravvivenza e quanto queste terapie siano tollerate. Volendo semplificare con l'EBM si valuta l'*efficacy*, l'efficacia in condizioni ideali, mentre con l'RWE si valuta l'*effectiveness*, l'efficacia in condizioni reali.

Per dovere di precisione, sul documento (Aprile 2017) Real World Evi-

dence: considerazioni e proposte da un network di società scientifiche, (https://sifwebsite.s3.amazonaws.com/uploads/position_paper/attachment/135/sif_position_paper_rwe_apr17.pdf) leggo che "le fonti dal mondo reale sono molteplici: ***trial clinici pragmatici***, ovvero studi clinici randomizzati che, con l'obiettivo di mimare le condizioni di vita reale, utilizzano criteri di inclusione/esclusione dei pazienti meno rigidi rispetto ai convenzionali RCT preregistrativi, e considerano esiti il cui impatto clinico sia più vicino possibile a quello osservato nella pratica clinica. Dati osservazionali da studi di coorte prospettici che, rispetto agli RCT, non prevedono la randomizzazione dei pazienti ma, per il resto ne conservano principi, metodi ed obiettivi.

Tali fonti hanno due caratteristiche: presuppongono la raccolta prospettica dei dati (ovvero quando lo studio è pianificato non si sono ancora verificati né l'esposizione alle cure né gli esiti di interesse) e sono fonti primarie (ovvero i dati sono raccolti per rispondere ad uno specifico quesito clinico).....Diverso è il discorso per le altre fonti di RWD quali: ***flussi correnti propri del SSN*** (i cosiddetti database amministrativi) che includono i flussi con i quali regioni e province autonome amministrano il sistema di rimborsi ai servizi accreditati dal SSN che erogano le cure, ad esempio il database su: la farmaceutica territoriale, le prestazioni di assistenza farmaceutica in distribuzione diretta, le schede di dimissione ospedaliera, gli accessi in pronto soccorso, le pre-

stazioni ambulatoriali, altri tra i quali l'assistenza al parto (scheda CEDAP), le vaccinazioni e ogni altra forma di assistenza garantita dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i flussi relativi ai dispositivi medici nell'ambito della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici.

Altre fonti istituzionali come i registri AIFA dei farmaci sottoposti a monitoraggio, surveys ISTAT (indagini multiscopo, indagini sullo stato di salute, censimento di popolazione), registri e surveys gestiti dall'Istituto Superiore di Sanità (registri patologie, indagini sullo stato di salute), database curati/gestiti da INAIL, INPS;

Fonti non istituzionali tra le quali registri di patologia con base di popolazione, ambulatoriale o ospedaliera, surveys campionarie, networks di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, ecc.

Rimando alla lettura completa di questo interessante documento per approfondire il problema dei dati della vita reale: vantaggi, criticità, limiti e validità, ma è chiaro che oramai si stanno creando dei Big Data che sono e saranno sempre più una fonte infinita di informazioni da cui trarre poi comportamenti e scelte.

Un dato che emerge in maniera costante, prepotente e quasi monotona dalla disamina di tali fonti è quello della scarsa aderenza alla terapia farmacologica da parte dei pazienti. Il dato è globale e costituisce quasi un'emergenza. Già nel 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva pubblicato un report in cui si sottolineava come nei paesi occiden-

tali l'aderenza alle terapie croniche non superasse il 50% e a distanza di diversi anni la situazione non sembra migliorare. I dati italiani Osmed (osservatorio sull'impiego dei medicinali) relativi al 2011 indicano come l'aderenza alla terapia dell'ipertensione arteriosa non superi il 58% in pazienti sani, per non parlare poi della terapia anti dislipidemica che non arriva al 32% in soggetti con rischio moderato, mentre si attesta al 48% con rischio alto.

Difronte a questi numeri, l'indicazione più logica da trarre sarebbe quella investire energie e risorse per far in modo che i pazienti aderiscano alle indicazioni terapeutiche dei propri medici. Che ti fanno invece oltre oceano? Nel mese di novembre u.s. al congresso dell'American Heart Association vengono presentate e pubblicate in contemporanea su *Hypertension* e *Journal of the American College of Cardiology*, le nuove linee guida sull'ipertensione americane (AHA, ACC) che abbassano il livello di normalità, non più 140/90, ma a 120/80 mmHg.

Le stime che vengono fatte, sono un aumento della popolazione ipertesa rispetto a quella totale dal 32% al 46%, gli ipertesi sotto i 45 anni triplicheranno e sempre in questa fascia di età raddoppieranno le donne considerate affette da ipertensione.

Non sono assolutamente in grado di poter entrare nel merito degli studi ONTARGET e SPRINT che hanno condizionato tale cambiamento, ma volevo fare alcune considerazioni.

I fautori di tali nuove linee guida ri-

spondono all'accusa di favoreggiamento delle case farmaceutiche con il fatto che viene proposto solamente il consiglio di cambiare stile di vita al rilievo di questi nuovi valori. Grazie! Non credo che ci sia medico al mondo che non proponga questo in prima istanza, ma poi? Per quelli che già sono in terapia? Ci dovremo comunque adeguare con l'impiego di ulteriori farmaci. Tutti sappiamo quanto sia piuttosto facile abbassare la pressione da 180 a 150, ma quanto poi non sia molto semplice scendere ulteriormente sotto i 140, pensiamo poi arrivare a 120! Come pensiamo che sarà l'aderenza?

Lasciatemi proseguire con qualche mia "divagazione" (come le chiamano spesso, per prendermi in giro alcuni miei amici colleghi) epistemologica. La EBM è un tipico esempio di metodo scientifico **induttivo**, dal latino *inductio*, dal verbo *induco*, termine che significa letteralmente "portar dentro", ma anche "chiamare a sé", "trarre a sé", è un procedimento che partendo da singoli casi particolari cerca di stabilire una legge universale. Detto in altre parole poggia su un paradigma teorico che la **realità** debba essere **scoperta** per mezzo di esperimenti e ricerche sempre più precisi e misurabili.

Come si collocano, invece, i dati della RWE? Non è semplice dirlo! Partiamo da una mole di dati, da un elenco di numeri e situazioni allineati per categorie rigide: età, sesso, malattie codificate secondo una classificazione internazionale, farmaci e tutta un'altra serie di registrazioni cui biso-

gna dare un senso, un significato che permetta poi un'inferenza.

Che cosa sono però in estrema analisi questi numeri? Che cosa rappresentano se non uomini con tutti gli attributi propri dell'umanità? Potremmo, pertanto, considerare qualsiasi numero di queste liste come una sintesi di un'intera vita, o di un periodo della vita di un essere umano con tutte le sue paure, ansie, errori, speranze, incertezze...ma vere, concrete, spaccati di vita reale. E allora? Quale il senso, quale indicazione è possibile ricavare? Meglio. Quale approccio dovremmo usare per interpretare questi numeri che sono espressione di esseri viventi? Forse, come suggerisce Gregory Bateson, si dovrebbe procedere per "**abduzione**" che è una forma di ragionamento per cui "una somiglianza tra due termini propone ulteriori somiglianze", la capacità di mettere in parallelo diverse forme o pattern e di individuare nuove similitudini. Volendo essere sintetici potremmo dire che l'abduzione parte da alcuni fatti di vita reale, prendiamo il dato di aderenza nel nostro caso, e cerca attraverso analogie e metafore di trovare delle regole, delle relazioni che riescano a spiegarli, in pratica a formulare una teoria a ritroso e forse questa è l'unico approccio possibile per poter spiegare fenomeni complessi quali il comportamento umano. Concedetemi a questo punto di chiudere con una provocazione.

È giusto in un'ottica abduttiva che origina dalla vita reale l'aver abbassato i livelli di normalità dei valori pressori?



NON SI MUORE QUANDO SI DEVE, MA QUANDO SI PUÒ

Dott. Lucio Patoia

Adesso che la legge sulle Disposizioni anticipate di fine vita è stata approvata e le polemiche si sono, in parte almeno, attenuate, ritengo utile proporre una riflessione su alcuni aspetti ai quali non è stato dato, a mio parere, adeguato spazio di conoscenza, riflessione e dibattito.

Non ho intenzione invece, nemmeno indirettamente, di discutere, in questo mio intervento, sui pro ed i contro della legge perché non ho il titolo per affrontare gli aspetti etici e giuridici. L'aspetto che voglio evidenziare è la carenza di metodo che c'è stata nell'affrontare il tema.

Sia i sostenitori della legge che i contrari hanno speso energie (e polemiche, più o meno giustificatamente, a seconda dei casi) infinitamente superiori a quelle che si sarebbero dovute spendere per conoscere ed analizzare i problemi e le situazioni da cui questa legge è scaturita e che è andata a regolamentare (in maniera adeguata o inadeguata a seconda delle valutazioni che ne sono state date).

Si tratta senza dubbio di un paradosso; come sarebbe possibile in medicina pretendere di curare una malattia

senza conoscerne l'epidemiologia? Personalmente ritengo che, sia per amore di verità che per rispetto a coloro che si sono trovati o si troveranno di fronte alla cruciale decisione (più o meno anticipata) di come proseguire la propria vita in presenza di una malattia irreversibile, sarebbe stato doveroso conoscere e dibattere quanto è già scientificamente noto relativamente ai bisogni di qualità della vita nelle diverse situazioni determinate dalle diverse tipologie di malattie irreversibili.

È quello che si fa, più o meno bene, quotidianamente in medicina clinica per cercare di dare una risposta ai pazienti con malattie irreversibili: si cerca di conoscere gli studi sui determinanti della qualità della vita e sulle terapie appropriate in base alle varie malattie ed ai vari stadi della malattia, sapendo che i bisogni di salute di un malato di sclerosi laterale amiotrofica sono diversi sia da quelli di un altro malato della stessa malattia ma con diverso grado di disabilità che, a maggior ragione, da quelli di un malato di una malattia diversa.

Cosa sappiamo del grado di applicazione nelle varie realtà regionali

italiane della terapia del dolore, della sedazione palliativa profonda e di altre cure palliative? Quali sono le reali disponibilità organizzative e di personale adeguatamente preparato?

E soprattutto: qual'è la valutazione da parte dei pazienti e dei parenti/ care givers delle risorse che il SSN mette a disposizione per la loro assistenza e quanti i bisogni che rimangono insoddisfatti?

Quali sono le richieste dei pazienti a proposito delle disposizioni anticipate di trattamento?

In questi anni abbiamo conosciuto, tramite i mass media, di pochi casi di richieste di interruzione dei trattamenti fatte dai pazienti o di un ancor minor numero di casi di richieste fatte da parenti/tutori; ma cosa sappiamo di quanto l'esigenza di dare disposizioni di trattamento sia diffusa nella popolazione di pazienti affetti da malattie irreversibili?

Ci sono dei bisogni assistenziali di tipo farmacologico, di tipo sociale o economico la cui soluzione potrebbe cambiare la decisione di una tipologia di pazienti di dar termine alla propria vita? E se ci sono, sono sostenibili?

Ho citato solo alcune delle carenze conoscitive che ci sono sul problema dei pazienti affetti da malattie ad esito irreversibile, carenze che si sarebbero dovute affrontare con i metodi della epidemiologia clinica prima di affrontare il tema con una legge.

Avremmo avuto di sicuro più conoscenza dei bisogni di salute, più

elementi di fatto per favorire sia la competenza professionale dei professionisti che devono affrontare i problemi dei pazienti che per migliorare l'organizzazione delle cure e, forse, meno margini per dispute etico-politiche - religiose, che pure sono inevitabili ed anche auspicabili per la difesa delle proprie convinzioni ma che, per essere a vantaggio dei malati, debbono essere depurate da quegli elementi di approssimazione che derivano dalla scarsa conoscenza quantitativa dei problemi.

Non è invece a vantaggio della tutela degli ammalati e dei loro familiari correre il rischio di introdurre una casistica - tra l'altro soggetta a conoscenze terapeutiche e risorse tecniche in continua evoluzione - nella quale la morale (intendo morale di qualsiasi tipo, laica o religiosa) non considererebbe prima di tutto in termini sia quantitativi che qualitativi le esigenze del soggetto terminale ed il dolore suo e dei suoi cari, bensì la pertinenza di un trattamento specifico rispetto alla legge generale (o alle sue eventuali eccezioni, come l'obiezione di coscienza).

Anche in questa occasione, la pretesa di normare tutto senza prima affrontare i problemi nella loro complessità per provare a svolgerne una qualche semplificazione si rivelerà, forse, un'occasione perduta perché, in ogni caso, "non si muore quando si deve, ma quando si può" (Gabriel Garcia Marquez, "Cent'anni di solitudine").



Servizio
Sanitario
Nazionale

DIFENDERE LA SANITÀ

Dott.ssa Cristina Cenci

Il 3 gennaio u.s. sulla prima pagina della Nazione Umbria compariva un titolo a caratteri cubitali: "Difendersi dalla sanità". Senza entrare nel merito del triste fatto che ha dato origine a tale articolo su cui la magistratura farà luce, resta il problema se sia accettabile un titolo di questo tono. La consigliera Cristina Cenci aveva subito risposto con una lettera al direttore del quotidiano, il quale si è guardato bene dal pubblicare e dal rispondere: lo facciamo noi.

Gentile Direttore,
il titolo che il suo giornale riserva alla prima pagina della cronaca di Perugia nella giornata del 3 Gennaio "Difendersi dalla Sanità" è un auspicio per l'anno che verrà o è dettato dalla necessità di attirare l'attenzione dei lettori?

Mi spiego meglio.

Questo inizio d'anno non è molto favorevole alla Sanità visto che mancherà da qui alle prossime elezioni, l'interlocutore politico con il quale parlare in maniera seria del futuro che il sistema paese ha deciso di riservare al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Negli anni passati i tagli lineari hanno decimato gli organi-

ci, i posti letto ospedalieri per acuti e le strutture semplici e complesse, rendendo difficilmente governabile la domanda di salute nella maggior parte degli ospedali della Nazione. La necessaria riorganizzazione delle cure nel territorio, per rispondere alle mutate esigenze della popolazione, è ancora ai nastri di partenza per usare un eufemismo. I nostri pazienti hanno sperimentato la desertificazione dei reparti ospedalieri nelle ore notturne, nei giorni festivi e la prassi ormai consolidata, dei cosiddetti "ricoveri in appoggio", fatti per evitare le barelle nei corridoi, senza peraltro riuscirci.

La qualità dell'assistenza ne ha si-

curamente risentito e di pari passo anche la sicurezza delle cure.

Se chi informa frequentasse gli ospedali, si renderebbe conto delle condizioni nelle quali i pazienti vengono ricoverati e gli operatori sanitari operano.

Siamo talmente abituati alle campagne diffamatorie contro i medici e il personale sanitario, che il titolo scelto dal suo giornale non ci scandalizza più di tanto e confidiamo nell'intelligenza dei nostri pazienti che sanno bene come la Sanità vada invece difesa, se vogliamo garantire ancora ai cittadini un Sistema Sanitario Universale, Equo e Pubblico.

Confidiamo anche nella giustizia che saprà fornire alla famiglia vittima della triste vicenda raccontata dal suo giornale, tutte le risposte che merita, individuando gli eventuali profili di responsabilità nella gestione del caso clinico e fornendo loro quel poco conforto che può essere rappresentato dal risarcimento del danno ai parenti.

Ed è proprio in difesa di quei pazienti che purtroppo sono vittime di presunte vicende di "malpractice" nei nostri ospedali, che non possiamo tuttavia accettare che venga meno il codice deontologico del giornalista, quando sceglie il titolo dell'articolo di cronaca che decide di pubblicare.

Pertanto nel rispetto dell'articolo 4 del "Codice di deontologia relati-

vo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica", le chiediamo di rettificare il titolo "Difendersi dalla Sanità" in "Difendere la Sanità".

Perché esistono profili di responsabilità che non sono Medici, ma Politici e non può passare il messaggio che il cittadino debba difendersi dal SSN.

Perché la salute è ancora un diritto costituzionale che come medici facciamo di tutto per garantire e tutelare ogni giorno a tutti i nostri pazienti.

Non accorgersene e non denunciare che il nostro Sistema Sanitario sta perdendo pezzi sempre più significativi della sua composizione, rinunciando così a quel senso universalistico che gli compete, in favore del privato che sempre più spesso deve vicariare ciò che il pubblico non assicura più, rischia di farci perdere di vista quello che è il vero rischio che i cittadini stanno correndo.

Voi giornalisti avete la responsabilità di condizionare l'opinione pubblica e le scelte di questo paese con i titoli d'effetto che scegliete per gli articoli di cronaca nei vostri giornali. Quindi, per favore, oltre ad esercitare il vostro giusto e sacrosanto diritto di cronaca, aiutate l'opinione pubblica a capire quale è il vero rischio che si sta correndo!



C'E' UN FUTURO PER LA SANITÀ PUBBLICA?

Dott. Graziano Conti

Alla fine del 1978, veniva emanata la legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. All'articolo 1 si affermava che: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale e che Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”*.

A distanza di quarant'anni le consistenti modificazioni demografiche della popolazione, l'aumento della domanda di salute, le tecnologie innovative che comportano una rapida obsolescenza di costose dotazioni strumentali, le nuove terapie che richiedono un consistente impiego di risorse pongono la necessità di una valutazione di come coniugare efficacia scientifica, tutela della salute e risorse economiche.

A fronte di cifre importanti destinate alla sanità (l'Istat nel rapporto dei

conti della sanità per l'Italia relativo al periodo 2012-2016 riferisce di una spesa sanitaria di 149.500 milioni di euro, sostenuta per tre quarti dal settore pubblico e un quarto da quello privato), la spesa sanitaria pubblica certamente non potrà aumentare, da qui la necessità di una gestione attenta ed oculata dei fondi disponibili. Una gestione attenta significa certamente maggiore equità e significa offrire al maggior numero di persone possibile la migliore assistenza possibile in una condizione di risorse finite.

Ciò comporta un grande impegno ed una grande responsabilità da parte del decisore politico, degli amministratori, del personale sanitario richiamato al principio dell'uso appropriato delle risorse economiche, principio che non può, comunque, condizionare l'autonomia del medico nelle appropriate scelte diagnostiche e terapeutiche a favore dell'assistito. Due grandi temi condizionano la situazione attuali e le sorti del SSN: i temi delle disuguaglianze in sanità e della sostenibilità.

Molti dei punti evidenziati sulla sostenibilità dalla recente indagine conoscitiva della Commissione Igiene e

Sanità del Senato sono ampiamente condivisibili, ma forse occorre fare un passo in più e riflettere su come oggi è organizzato il SSN. Perché quello che emerge dall'Indagine, insieme al disagio dei cittadini, è il malessere della professione medica. E aggiungo che il meccanismo di finanziamento del SSN e di riparto del Fondo sanitario nazionale, sono una delle questioni di fondo che oggi determinano disuguaglianze. Se è vero che a minori risorse corrispondono inferiori servizi e che a questi si associano indicatori di salute più bassi, il problema si pone in tutta la sua gravità. Le disuguaglianze sono acute anche dalle difficoltà di accesso ai servizi sanitari che penalizzano la popolazione di livello sociale più basso con un impatto significativo sulla prevenzione e sulla capacità di diagnosticare rapidamente le patologie. L'allarme arriva dai dati dell'Osservatorio nazionale della salute nelle regioni italiane appena pubblicati.

Dallo studio emerge che anche se il Servizio sanitario nazionale assicura nell'insieme la longevità degli italiani, non c'è ancora equità sociale e territoriale. Sono troppe e troppo marcate le differenze regionali e sociali, sia per quanto riguarda l'aspettativa di vita sia per la presenza di malattie croniche e se da noi l'aspettativa di vita arriva a 84 anni a Napoli è di 80,6 anni.

Ci sono due aspetti: uno di respiro più ampio, che si riferisce al modello organizzativo del SSN, che oggi è aziendalistico, basato su un meccanismo orientato a un controllo quasi maniacale della spesa. I posti letto si

riducono. Il personale cala drasticamente. Il Conto economico del personale della Pubblica Amministrazione 2016, pubblicato dalla Ragioneria generale dello Stato ha confermato, dati alla mano, la diminuzione costante degli occupati nel SSN.

Per gli enti del Servizio sanitario nazionale - si legge nella relazione al Conto annuale - la riduzione avvenuta nel 2016 (4.808 unità) rispetto al 2015 è la seconda più elevata in termini assoluti tra tutti i comparti ed è poco meno della metà di quella registrata l'anno precedente, la più consistente dell'intero periodo considerato (10.325 unità). Nel confronto con il 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, a fine 2016 risultavano impiegate 45.053 unità in meno. Ad aumentare è soprattutto l'età media del personale SSN che passa da una media di 46,9 anni del 2008 (43,5 nel 2001) a 50,6 nel 2016, con gli uomini a 52,5 e le donne a 49,7.

Siamo tutti di una certa età e tutti della stessa età.

Nel frattempo è intervenuta la legge costituzionale n. 1 del 2012, che ha profondamente modificato l'organizzazione dello Stato, introducendo l'equilibrio di bilancio in tutti i settori: ciò ha fatto sì che il modello aziendalista fosse superato dai fatti, oggi siamo chiamati a ragionare con le risorse disponibili, per perseguire l'obiettivo salute. Questo sistema non può più essere gestito con criteri aziendalistici, ma aprendo alla piena partecipazione dei professionisti, che detengono le competenze per definire - sulla base dei dati epidemiologici

di cui dispongono ma anche attraverso l'ascolto - gli obiettivi da raggiungere in un determinato territorio e in una determinata ASL. Proponiamo alla politica di rivedere un meccanismo che oggi crea sofferenze e disagio sia tra i medici che tra i cittadini. Va realizzato un percorso con le istituzioni, che porti a produrre anche una proposta. Il secondo aspetto sono le risorse. Va capito se sono sufficienti a raggiungere gli obiettivi di salute. C'è una spesa "out of pocket" che si aggira sui 40 miliardi. In pratica siamo di fronte ad un SSN che si espone facilmente a essere vicariato da un sistema di assicurazioni. Ma noi non vogliamo una sanità a misura di entità del premio assicurativo, dove chi può permettersi di pagare viene curato in maniera adeguata e chi non può rinuncia. Mentre l'utilizzo del secondo pilastro, se integrativo puro e non sostitutivo, potrebbe essere un'opzione da perseguire: una parte di questo sistema può alimentare il SSN con una forma, anche assicurativa, che consenta di mirare a degli obiettivi in forma strategica. Ciò porterebbe comunque ad una regia del SSN che rimane un patrimonio stra-

ordinario di solidarietà e di universalismo. Si tratta, a mio avviso di ripartire dalle questioni programmatiche. In occasione delle recenti elezioni non ho sentito in alcun programma di partito, se di programmi e non di mirabolanti promesse si possa parlare, discutere di sanità. Il tema della salute, benché riguardi tutti, non è stato praticamente trattato in campagna elettorale. Ogni partito ha promesso di "togliere" qualcosa, dal canone TV alle tasse universitarie; nessuno di "aggiungere" qualcosa: medici, infermieri, strumenti, attrezzature. Il fatto che il diritto alla salute non sia esistito in campagna elettorale è un fatto singolare e gravissimo. Sarebbero da porre alle varie formazioni politiche questioni-chiave: se c'è l'intenzione di ragionare su una riforma del SSN, se questo debba o no essere ancora sostenuto, e se sì in quale forma e con quali risorse. È oltremodo necessario e ineludibile un confronto nel tentativo di cercare una difficile conciliazione tra le esigenze di bilancio, le attese dei cittadini e la qualità del servizio reso, e, soprattutto, la tutela costituzionale del diritto alla salute.





**8 MARZO 2018
È STATA IN ROSA
LA 13ª GIORNATA
MONDIALE DEL RENE**

**MALATTIA RENALE CRONICA (MRC), PATOLOGIA SILENTE
E SOTTOVALUTATA PER CIRCA 3,5 MILIONI DI ITALIANI.**

**LA SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA CONFERMA LA PREVALENZA
DI MALATTIA RENALE, CRONICA NELLA POPOLAZIONE ITALIANA
DI 7,5% NEGLI UOMINI E DEL 6,5% NELLE DONNE**

La #GiornataMondialeDelRene2018 (GMR) quest'anno ha avuto una dedica speciale: la salute della donna.

La GMR in Italia è sostenuta ed organizzata grazie all'impegno della Società Italiana di Nefrologia (SIN) e della Fondazione Italiana del Rene Onlus (FIR), che da anni sono attive nella prevenzione e nella diffusione di corrette informazioni sulle malattie renali, il cui impatto è in continua e progressiva crescita, principalmente per colpa di fattori di rischio quali: l'obesità, l'ipertensione, il diabete, il fumo e l'invecchiamento della popolazione.

“La scelta di dedicare alla Donna la Giornata Mondiale del Rene nell'edizione del 2018 mette giustamente al centro l'importanza della cultura della prevenzione a tutte le età, con par-

ticolare riferimento alla figura della Donna.

Il recente studio CARHES (Cardiovascular risk in Renal patients of the Health Examination Survey), condotto proprio dalla Società Italiana di Nefrologia, ha fotografato la reale diffusione della malattia renale in Italia, registrando una prevalenza di MRC del 7,5% negli uomini e del 6,5% nelle donne in una popolazione con una età compresa tra i 35 e 79 anni. Questo significa, in pratica, che nel nostro paese ci sono diverse centinaia di migliaia di persone che non sanno ancora di soffrire di malattia renale cronica.

Il decorso di queste patologie, infatti, è spesso silente fino quasi alle fasi finali, quando purtroppo, lo spazio di intervento è circoscritto alla terapia sostitutiva dialitica o al trapianto di

rene. Infine, di particolare rilevanza sarà l'approfondimento della tematica legata alla cura del Rene in Gravidanza.”.

Le malattie renali rappresentano oggi in Italia un rilevante problema di salute pubblica, considerando che partendo dai dati di prevalenza è possibile stimare per il nostro paese un totale di circa 3,5 milioni di persone affette da patologie renali, con una maggioranza di circa 1,8 milioni di uomini contro 1,7 milioni di donne. La MRC, è una condizione di alterata funzione renale che persiste da oltre 3 mesi ed è classificata in cinque stadi di crescente gravità, dove il 5° stadio corrisponde alla dialisi o al trapianto di rene.

MALATTIA RENALE CRONICA ITALIA

La MRC in Italia registra una prevalenza del 7,5 per cento negli uomini e del 6,5 nelle donne.

In Italia ci sono quindi circa 3,5 milioni di persone con MRC, **in Umbria** circa 53 mila persone affette da patologie renali, con una maggioranza 28 mila uomini contro 25 mila donne. Sono 81.400 i ricoveri che afferiscono a problemi nefrologici.

Sono attualmente 50 mila i pazienti in terapia dialitica.

Sono circa 8.000 pazienti/anno quelli che iniziano una terapia sostitutiva e di loro solo un sesto ha accesso al trapianto renale. Dal 2000 a oggi gli italiani che hanno subito un trapianto di rene sono oltre 28.000. Un paziente con MRC ha un rischio di sviluppare infarto o ictus superiore a 10/100 volte rispetto ad un soggetto sano.

Patologie renali in rosa: ridotta fertilità, rischio in gravidanza, nefropatia lupica e infezioni renali i principali colpevoli.

“La malattia renale cronica è un fattore di rischio dimostrato in gravidanza e la sua presenza può ridurre la fertilità.

Le donne con malattia renale cronica corrono un rischio più elevato di sviluppare problemi in gravidanza, con complicazioni sia per la madre che per il bambino.

Recenti studi italiani hanno chiarito infatti come il rischio aumenti con l'aumentare della gravità della malattia renale, e questo comporti una elevata probabilità di sviluppare ipertensione, preeclamsia fino ad un parto pre-termine”.

Sono la nefropatia lupica e le infezioni urinarie (pielonefrite acuta) le patologie che affliggono tipicamente le donne.

La nefropatia lupica e la **Artrite reumatoide** sono malattie di origine autoimmune, in cui i meccanismi di difesa dell'organismo attaccano le sue stesse cellule e interessano vari organi, tra cui il rene.

Le infezioni renali, tra cui le pielonefriti acute, come molte delle infezioni delle vie urinarie, sono talmente comuni nelle donne, al punto che nella **corso della vita 1 donna su 2 due ne è colpita.**

I nefrologi, sono concordi nell'evidenziare come al giorno d'oggi, da una parte la MRC sia in continua crescita, ma che molti non sanno di averla e si accorgono tardi di avere problemi.

Eppure, oltre a controllare spesso la pressione arteriosa, i test utili a diagnosticarla siano semplici, non invasivi e non costosi con il preciso obiettivo di effettuare una diagnosi precoce della malattia per avviare un eventuale adeguato e efficace trattamento, soprattutto se si è sopra i 65 anni, obesi, fumatori o diabetici.

Basta effettuare un dosaggio della creatinina ed inserirla in adatte formule (MDRD od ancor meglio EPI) per ottenere un stima della funzione renale ed associare la albuminuria per ottenere una stima del rischio cardiovascolare legato alla malattia renale cronica.

La mappa di tutte le iniziative che si sono svolte in occasione della Giornata

nata Mondiale del Rene 2018 è disponibile:

<http://www.fondazioneitalianadelrene.org/giornata-mondiale-del-rene-8-marzo-2018/>

Il film sulla Giornata del rene 2018

Per maggiori informazioni:

Fondazione Italiana del Rene Onlus:

<http://www.fondazioneitalianadelrene.org/>

<https://www.facebook.com/FondazioneItalianaDelRene>

Società Italiana di Nefrologia:

<http://sinitaly.org/>

<https://www.facebook.com/SinReni/>

<https://twitter.com/SinReni>

Fondazione Italiana del Rene
Giornata Mondiale
Del Rene
8 Marzo 2018

LA MALATTIA RENALE E LE DONNE

Le malattie renali colpiscono le donne di tutto il mondo, con numeri anche molto importanti.

8^a CAUSA di morte fra le donne
195 MILIONI di donne che soffrono di insufficienza renale nel mondo
600 MILA morti annui causate da insufficienza renale

Alcune malattie che possono coinvolgere anche i reni sono tipicamente femminili come le **calcolosi del tratto urinario** o alcune malattie immunologiche come il **Lupus**. Anche la **gravidanza** che si realizza con la perdita di albumina nelle urine, permette parlare di una donna che soffre di insufficienza renale. Nonostante ciò, in molte, ad insorgere, si rimane di meno.

Per questi ed altri motivi è assolutamente necessaria la **PREVENZIONE**



ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE 17 DICEMBRE 2017

Dott. Graziano Conti

L'incontro è iniziato, come di consueto con il cordiale saluto da parte del Presidente ai presenti, in particolare per i medici chirurghi e gli odontoiatri neo - iscritti che per la prima volta erano presenti a questo appuntamento annuale e ai colleghi laureati cinquant'anni prima, nel 1966.

Come è tradizione, prima di passare agli argomenti posti all'ordine del giorno, vi è stato il ricordo dei medici scomparsi dall'assemblea dello scorso anno.

Ci hanno lasciato:

Giampiero Ascani, Giuseppe Barbieri, Paolo Bottini, Corrado Cancellotti, Paolo Carotti, Luciano Conti, Francesco Costabile, Massimo del Pizzo, Maurizio Gentileschi, Paola Innocenzi, Giuliano Massimo Luccioli, Renato Marcacci, Francesco Mosci, Maria Pascucci, Massimo Ramadori, Majed Sabbah, As'ad Salman, Giuseppe Schillaci, Adelaide Maria Rita Susta, Elpidio Torrioli.

L'assemblea ha dedicato Loro, dopo che il Presidente Li ha citati per nome, un minuto di raccoglimento.

I presenti hanno poi ascoltato il Tesoriere dott. Montanari che ha illustrato:

- 1) il rendiconto finanziario dell'anno 2016, già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 10.04.2017.
- 2) l'assestamento del bilancio preventivo 2017 già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 11.12.2017.
- 3) il Bilancio di previsione 2018 licenziato dal Consiglio direttivo nella seduta del 11.12.2017.

Preso atto della esauriente e precisa relazione del Tesoriere, della approvazione del Collegio dei Revisori, degli approfondimenti del Presidente i tre documenti sono stati approvati all'unanimità.

Il Presidente ha poi provveduto a relazionare sulla attività degli uffici e degli organi statutari soffermandosi, in particolare, sulla attività di collegamento con il COGEAPS per la trasmissione e la rilevazione dei crediti ECM acquisiti; e la relativa certificazione; sul rinnovo dell'accordo con ARUBA per la concessione gratuita a tutti gli iscritti della casella PEC, obbligatoria per legge, sulla attivazione, in collaborazione con altri ordini, la magistratura e l'Uni-

versità di un master per CTU di cui si era conclusa la prima edizione ed era in partenza la seconda e sulla l'attività dello sportello previdenziale curato dal dott. Sabatino Orsini Federici che sta rispondendo alle richieste di molti colleghi sul piano assistenziale e previdenziale ENPAM anche con contatti personali e diretti con la sede di Roma.

Un particolare riconoscimento ha rivolto a tutti i componenti della commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri per la loro attività e la fattiva collaborazione e in particolare al dott. Andrea Donati, Presidente della Commissione un ringraziamento per la sua valida collaborazione alla gestione dell'Ordine e in particolare per la sua attenzione alle problematiche dei liberi professionisti, e a quelle per la pubblicità sanitaria.

Altro argomento trattato la situazione degli albi e le variazioni intervenute nell'ultimo anno.

Come è cambiata la nostra "grande" famiglia in questo anno? E' aumentata con un Incremento di iscrizioni all'Albo Medici Chirurghi + 81 [risultante da **143** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **62** cancellazioni (richiesta, trasferimento, morosità e decesso)] e un Incremento di iscrizioni all'Albo Odontoiatri + 12 [risultante da **20** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **8** cancellazioni (richiesta, trasferimento morosità e decesso)]. Vi è stato un saldo negativo per le doppie iscrizioni - **7**, risultante da **8** cancellazioni e **1** iscrizione.

SITUAZIONE ALBI al 18/12/2016

Iscritti Albo Medici Chirurghi N. **5024**

Iscritti Albo Odontoiatri N. **720**

Doppie iscrizioni N. **337**

Persone fisiche N. **5407**

SITUAZIONE ALBI al 17/12/2017

Iscritti Albo Medici Chirurghi N. **5105**

Iscritti Albo Odontoiatri N. **732**

Doppie iscrizioni N. **330**

Persone fisiche N. **5507**

FORMAZIONE

Il Presidente ha poi rammentato come nel campo della formazione sia continuata la collaborazione con l'Università di Perugia, sia con la convenzione per l'insegnamento della Medicina Generale nell'ambito del corso di laurea, propedeutica anche allo svolgimento del tirocinio post laurea e pre - abilitazione e con la Regione e la Scuola Regionale di Amministrazione Pubblica di Villaumbra per lo svolgimento del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui è prossimo l'inizio del primo anno del triennio 2017/2020.

Ha ricordato inoltre come l'Ordine abbia mantenuto il proprio impegno nel campo della formazione dei propri iscritti con incontri organizzati diretta-

mente o fornendo assistenza e collaborazione ad altre iniziative o, infine, concedendo in uso la sala per attività di carattere formativo.

Il calendario degli incontri, nel 2017 ha visto l'accreditamento e lo svolgimento di 13 incontri:

11 FEBBRAIO 2017: ***Ipertiroidismo e sue complicanze (Morbo di Basedow e Oftalmopatia)***

25 FEBBRAIO 2017: ***La Sindrome Rino-Bronchiale***

25 MARZO 2017: ***Stipsi-Defecazione-Ostruita (Sdo)- Incontinenza***

22 APRILE 2017: ***Il Cuore nella Donna***

06 MAGGIO 2017: ***Chirurgia Plastica e Ricostruttiva***

19 MAGGIO 2017: ***Gestione dell'arresto Cardio-Circolatorio - I Edizione***

24 MAGGIO 2017: ***La Chirurgia Maxillo-Facciale: Collaborazioni Multispecialistiche tra metodologie consuete e novità tecnologiche***

26 MAGGIO 2017: ***Gestione dell'arresto Cardio-Circolatorio - II Edizione***

27 MAGGIO 2017: ***I Percorsi Diagnostico, Terapeutici, Assistenziali e Riabilitativi per il paziente ortopedico***

16 SETTEMBRE 2017: ***La previdenza dei medici e degli odontoiatri***

04 NOVEMBRE 2017: ***Cure Palliative nelle Patologie non Oncologiche***

11 NOVEMBRE 2017: ***Il Mal di Schiena***

25 NOVEMBRE 2017: ***L'emergenza medica nella pratica odontoiatrica;***

di cui va dato atto alla commissione Aggiornamento ed in particolare alla continua attività del suo Coordinatore, prof. C. Fiore, cui va il ringraziamento della categoria.

ORDINE

Il presidente ha poi proseguito con alcune riflessioni sul mondo sanitario. "Vi sarebbero molte cose da dire su quanto è accaduto in questo ultimo anno.

Le mancate o insufficienti stabilizzazioni nel precariato e nello sblocco del turn over del personale, Il persistente blocco di contratti e convenzioni, cui purtroppo si associano le difficoltà di lavoro, le violenze nei confronti dei medici nei luoghi di lavoro, le violenze nei confronti di colleghe di C.A. operanti in sedi non adeguate e lasciate allo sbaraglio, per non tacere delle stupefacenti dichiarazioni di questi giorni del sindaco di Cascina in TV sulla sanità del sud e sui medici calabresi atte a creare ulteriori divisioni quando, come è stato giustamente detto: *"L'impegno delle istituzioni, di tutte le istituzioni, dovrebbe essere colmare le disuguaglianze garantendo un sistema pubblico accessibile e di buon livello in tutte le regioni, non aggiungere ingiustamente uno stigma"*.

Anche la Commissione europea, nel Rapporto sullo Stato della salute nella Ue (pubblicato con l'Ocse), dà del nostro paese una rappresentazione di luci ed ombre. Il Rapporto sottolinea infatti che, pur avendo assistenza con copertura universale, il 7% degli italiani lamenta bisogni medici che non vengono soddisfatti. Una percentuale superiore alla media Ue, che sale al 15% se

si considerano le fasce sociali a basso reddito. La causa principale di questo dato sono - secondo il Rapporto - cure troppo costose. In particolare, nelle regioni del Sud, servizi di bassa qualità e lunghe liste d'attesa spingono i cittadini a rivolgersi a istituti privati, precludendo l'accessibilità alle cure da parte di chi non ha reddito sufficiente per pagare. Inoltre, se l'Italia viene premiata per l'aspettativa di vita tra le più alte della Ue e consumo di tabacco e alcolici inferiore della media, d'altra parte pecca per l'obesità infantile in aumento. Senza contare che la spesa sanitaria pro-capite è più bassa del 10% rispetto agli altri Paesi e che, sebbene molti servizi siano gratuiti, le spese vive sono più alte soprattutto a causa di farmaci e cure dentistiche. Il rapporto evidenzia anche le disparità tra i servizi sanitari regionali e l'impatto delle crescenti disuguaglianze sociali sulla salute dei cittadini. Sono cose che sappiamo da tempo a che portiamo all'attenzione di un legislatore distratto. Nel rapporto si fa anche riferimento al calo delle vaccinazioni cui le nuove iniziative legislative sulla obbligatorietà e la recente bocciatura della Corte Costituzionale sui due ricorsi presentati dalla Regione Veneto hanno dato una risposta. Se consultiamo i dati nazionali di sorveglianza solo per il Morbillo dal 1 gennaio 2017 al 10 dicembre 2017 vi sono stati 4885 casi segnalati dall'inizio dell'anno di cui 4 decessi; tutte le Regioni hanno segnalato casi, ma l'88% proviene da sette: Piemonte, Lazio, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Veneto e Sicilia; l'88% dei casi era non vaccinato e il 6% ha ricevuto solo una dose di vaccino; l'incidenza maggiore si è verificata nei bambini sotto l'anno di età e 315 casi sono stati segnalati tra operatori sanitari.

È grave constatare che, pur di fronte a questi numeri, alcuni colleghi demonizzano, insinuano dubbi, appoggino i movimenti no vax.

A proposito di leggi, oltre a quella sulle vaccinazioni vorrei parlare di altri tre provvedimenti.

Lo scorso anno dicevo che la recente crisi di governo e le incertezze sul futuro della legislatura mettevano in forse l'approvazione di due provvedimenti di legge particolarmente importanti per la categoria: quello di **“Riforma degli Ordini delle Professioni sanitarie”** e del DDL sulla **“Responsabilità professionale”**.

Ebbene, mentre il primo si è impantanato tra le commissioni parlamentari con vari passaggi che ne hanno notevolmente peggiorato il testo, e si assiste in questi giorni di fine legislatura ad un pressing per una sua “frettolosa” approvazione, il secondo ha visto la luce ed è diventato la Legge n. 24/2017 che reca disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita ed in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. La gestione del rischio clinico prevede la standardizzazione delle procedure mediche in una disciplina, come quella medica, caratterizzata dalla complessità. Questa legge cerca di dare una risposta a questi due aspetti: sicurezza delle cure e responsabilità professionale.

Il provvedimento infatti, che consta di 18 articoli affronta e disciplina i temi della **sicurezza delle cure** e del **rischio sanitario**, della **responsabilità**

dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria e socio-sanitaria pubblica o privata in cui opera, le modalità e le caratteristiche dei ***procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'obbligo di assicurazione*** e l'istituzione del ***Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria***.

Alcuni hanno obiettato che la volontà di ridurre il numero degli errori e dei contenziosi, ricercando il raggiungimento della qualità tramite percorsi pre-costituiti, è destinata al fallimento perché ben altre sono le motivazioni profonde dei due fenomeni. Io ritengo che in una medicina della complessità contemperare questa ricerca con i valori prioritari del medico: l'autonomia e la responsabilità possa rappresentare una valida possibilità.

In particolare quest'ultimo provvedimento il cui testo è frutto di un lungo lavoro condiviso da Camera e Senato, e rappresenta un punto di sintesi tra il diritto dei cittadini ad essere tutelati e quello dei medici a curare con serenità. Come ho affermato più volte la serenità del medico è il fondamento della tranquillità del paziente. È la Legge del possibile. Non dimentichiamo che, su questa materia, al di là del Decreto Balduzzi, venivamo da vent'anni di sistema esclusivamente giurisprudenziale. Avevamo cioè una serie di sentenze, figlie di casi singoli, senza nessun impianto normativo di base. Il nostro auspicio è che questa norma restituisca serenità ai nostri professionisti, rinsaldando così la relazione terapeutica e garantendo il diritto a cure sicure ed efficaci, oltre che quello a un giusto risarcimento. È il tentativo di colmare una frattura che si è creata in questi ultimi anni tra il mondo del Diritto e il mondo della Sanità.

Certamente siano ancora in una fase di completamento.

Occorrerà impegnarsi a sollecitare la definizione di una decretazione per l'applicazione omogenea nelle Regioni delle norme di sicurezza delle attività sanitarie e per l'attivazione degli strumenti di gestione del rischio clinico. In fondo il concreto interesse dei medici è la prevenzione del danno dal momento che le problematiche connesse al risarcimento sono di prevalente competenza del diritto.

Parimenti importante è la predisposizione della normativa inerente le società scientifiche al fine dell'applicazione dell'articolo 5 della legge per la costituzione e la tenuta dell'elenco delle società di fatto abilitate a predisporre linee guida e per la definizione da parte dell'I.S.S. degli standard per la loro pubblicazione.

Argomenti questi di cui abbiamo parlato con l'onorevole Federico Gelli, relatore della legge, in occasione dell'incontro con Lui avuto nel nostro Ordine lo scorso 25 giugno 2017.

Ultima legge di cui vorrei parlare, quella sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento.

Dopo uno stallo durato otto mesi, forti tensioni all'interno del parlamento e del mondo civile giovedì scorso il DDL sulle disposizioni anticipate di trattamento, il cosiddetto biotestamento ha incassato il via libera definitivo

dell'aula di Palazzo Madama ed è diventato legge dello Stato.

Già è cominciato il fuoco di fila e le distinzioni. Mondo cattolico e mondo laico. Ma io faccio una sola osservazione quella legge mutua nei suoi articoli buona parte del nostro codice deontologico e riconosce un diritto e la responsabilità che ne consegue, per il cittadino e per medici.

Come scrive Ezio Mauro: "Il biotestamento che diventa legge regola quella zona d'ombra tra la vita e la morte, davanti a momenti supremi per le famiglie, costrette a interrogarsi tra il dolore e l'amore, tra l'inerzia meccanica di cure senza una speranza risolutiva, nella sofferenza senza rimedio del paziente, e la sacralità della vita".

Io che da 40 anni faccio il medico di base e ho accompagnato in quel passo centinaia di pazienti cercando di comportarmi sempre con buon senso, con il massimo rispetto per la vita e rispetto soprattutto per la dignità di chi quella vita lasciava, e spesso non è la morte il problema ma il morire, vedo in quegli articoli il consolidarsi di una prassi e di comportamenti che oggi mi permettono di non avere rimorsi o rimpianti.

Ho terminato e auguro a tutti voi e alle vostre famiglie lunghe giornate di serenità e di gioia per le festività ormai vicine".

CERIMONIA PER I 50 ANNI DI LAUREA

Salutata con un lungo applauso la conclusione della relazione del presidente è stato il momento della consegna delle medaglie ai colleghi con cinquanta anni di laurea. È stata una testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima nei confronti di chi ha ben operato per un periodo così lungo, da parte di tutta la categoria.

Hanno ricordato questa ricorrenza:

Prof. **Giuseppe ABBRITTI**, nato a Cariati (CS), residente a Perugia, Laureato a Perugia il 14/07/1967, Specialista in Medicina Interna (Perugia 16/11/1972), Specialista in Medicina del Lavoro (Firenze 12/12/1975), Professore Universitario, che già all'Ordine dei Medici di Perugia ottenne il premio in memoria del prof. G. Minniti assegnato dall'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia allo studente ONAOSI miglior laureato dell'A.A. 1966/1967.

Dott. **Paolo ANGELI**, nato a Cerreto di Spoleto (PG), residente a Spoleto (PG), Laureato a Roma "La Sapienza" il 13/03/1967, Medico di Medicina Generale.

Dott. **Ottorino BACCHI**, nato a Foligno (PG), residente a Foligno (PG), Laureato a Perugia il 22/02/1967, Specialista in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali (Perugia 18/07/1970), Primario Ospedaliero.

Dott. **Lorenzo CARDINI**, nato a Castiglione del Lago (PG), residente a Perugia, Laureato a Perugia il 17/11/1967, Specialista in Anestesiologia (Perugia 27/06/1969), Specialista in Oculistica (Perugia 13/10/1980), Aiuto Ospedaliero.

Dott. **Romano CIAMPOLETTI**, nato a Gubbio (PG), Residente a Città di Castello (PG), Laureato a Perugia il 17/11/1967, Specialista in Urologia (Firenze

15/07/1970), Specialista in Chirurgia (Firenze 16/07/1977). Aiuto Ospedaliero
Dott. **Carlo Alberto COLI**, nato a Deruta (PG), residente a Deruta (PG), Laureato a Perugia il 16/11/1967, Specialista in Cardiologia, (Perugia 09/07/1970), Assistente Ospedaliero.

Dott. **Rosario CORDIANO**, nato a Feroletto della Chiesa (RC), residente a Perugia, Laureato a Perugia il 23/02/1967, Specialista in Igiene (Perugia 02/12/1969), Specialista in Immunoematologia (Pisa 11/07/1972), Aiuto Ospedaliero.

Dott. **Luigi DAMIANI**, nato a Scheggia e Pascelupo (PG), residente a Foligno (PG), Laureato a Bologna il 24/02/1967, Specialista in Dermosifilopatia (Ferrara 03/07/1969), Aiuto Ospedaliero.

Dott. **Pietro DE CIUCEIS**, nato a Brescia, residente a Perugia, Laureato a Perugia il 23/02/1967, Specialista in Cardiologia (Perugia 09/07/1970), Specialista in Clinica Pediatrica, (Perugia 07/07/1975), Aiuto Ospedaliero.

Dott. **Claudio DE FAZIO**, nato a Perugia, residente a Perugia, Laureato a Perugia il 14/07/1967, Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio e Tisiologia, (Pisa, Giugno 1970), Aiuto Ospedaliero.

Dott. **Giancarlo DIAMANTINI**, nato a Foligno (PG), residente a Foligno (PG), Laureato a Perugia il 20/11/1967, Specialista in Pediatria (Pavia 06/11/1970), Specialista in Puericoltura (Pavia 13/12/1971), Aiuto Ospedaliero, Pediatra di Libera Scelta.

Dott. **Ivo DINI**, nato a Città di Castello (PG), residente a Città di Castello (PG), Laureato a Perugia il 14/07/1967, Specialista in Urologia (Siena 09/07/1971), Specialista in Chirurgia (Perugia 25/11/1976), Primario Ospedaliero.

Dott. **Sandro FRILLICI**, nato a Gualdo Tadino (PG), residente a Perugia, Laureato a Perugia il 22/02/1967, Specialista in Malattie Veneree e della Pelle (Palermo 10/12/1969), Aiuto Ospedaliero.

Prof. **Ettore GIANNONE**, nato a Caltanissetta, residente a Perugia, Laureato a Pavia il 03/11/1967, Specialista in Ostetricia e Ginecologia (Perugia 20/10/1971), Specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio (Perugia 19/11/1975), Professore Universitario, Direttore della Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia (Dal 2002 al 2010).

Dott. **Antonio GIORGI**, nato a Perugia, residente a Perugia, Laureato a Perugia il 17/11/1967, Specialista in Ortopedia e Traumatologia (Roma "La Sapienza" 09/12/1974), Specialista in Medicina dello Sport (Perugia 30/10/1997), Aiuto Ospedaliero, Specialista Ambulatoriale, Consulente INAIL e Libero Professionista.

Dott. **Alberto GORI**, nato a Perugia, residente a Città di Castello (PG), Laureato a Perugia il 16/11/1967, Specialista in Otorinolaringoiatria (Firenze 24/07/1973), Assistente Ospedaliero, Libero Professionista.

Dott. **Lucio LUCCIOLI**, nato a Foligno (PG), residente a Foligno (PG), Laureato a Perugia il 17/11/1967, dal 1968 al 1984 ha lavorato negli USA (Chirurgia Generale e Otorinolaringoiatria) ove ha conseguito la Specializzazione in Otorinolaringoiatria e Plastica Facciale. Rientrato in Italia ha svolto attività

quale Libero Professionista.

Dott. **Franco MIRRI**, nato a Rieti, residente a Norcia (PG), Laureato a Roma "La Sapienza" il 02/03/1967, Specialista in Anestesia e Rianimazione (Pisa), Specialista in Cardiologia (Siena), Specialista in Scienza dell'Alimentazione (Perugia), Primario Ospedaliero.

Dott.ssa **Luciana MOMMI**, nata a Marsciano (PG), residente a Perugia, Laureata a Perugia il 20/11/1967, Specialista in Odontoiatria e Protesi Dentaria (Roma "La Sapienza" 19/12/1969), Libero Professionista.

Dott. **Roberto PARADISO**, nato a Roma, residente a Perugia, Laureato a Modena il 28/07/1967, Specialista in Neurochirurgia (Padova 22/11/1971), Aiuto Ospedaliero, Libero Professionista.

Prof. **Gian Luigi PICCININ**, nato a Milano, residente a Perugia, Laureato a Perugia il 17/11/1967, Specialista in Neurologia (Perugia 22/06/1977), Professore Universitario, L.D. in Farmacologia.

Dott. **Fernando ROSI**, nato a Perugia, residente a Perugia, Laureato a Perugia il 20/11/1967, Specialista in Pediatria (Perugia 20/07/1970), Aiuto Ospedaliero.

Dott. **Mario SARACINO**, nato a Città di Castello (PG), residente a Passignano sul Trasimeno (PG), Laureato a Perugia il 14/07/1967, Specialista in Anestesiologia (Perugia 10/07/1970), Primario Ospedaliero.

Dott. **Tullio TRIPPETTI**, nato a Perugia, residente a Gubbio (PG), Laureato a Perugia il 17/11/1967, Specialista in Otorinolaringoiatria (Perugia 01/04/1971), Specialista in Urologia (Firenze 08/07/1976), Specialista in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso (Napoli 29/10/1981), Specialista in Chirurgia Toracica (Chieti-Pescara 02/11/1992), Aiuto Ospedaliero.

Dott. **Sandro ZEPPA**, nato in Polonia, residente a Torgiano (PG), Laureato a Perugia il 22/02/1967, Specialista in Malattie Veneree e della Pelle (Palermo 10/12/1969), Specialista in Igiene e Medicina Preventiva - Orientamento Tecnica Ospedaliera (Perugia 20/11/1974), Specialista in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (Milano 03/07/1979), Specialista Ambulatoriale.

CONSEGNA PREMI DI LAUREA

Consegnate le medaglie ai colleghi con cinquanta anni di laurea è stato il momento della consegna dei premi di laurea istituiti dall'Ordine alla memoria del collega **DOMENICO TAZZA**, e dalle famiglie in memoria di **LUIGI BALDUCCI** e di **FABIO GIAIMO**, ma prima di procedere alla premiazione il Presidente ha ricordato con commosse parole la dottoressa Maria Adelaide Susta, vedova del dottor Domenico Tazza, che pochi giorni prima dell'assemblea ci ha lasciato.

La Commissione che ha esaminato i lavori presentati con serietà e scrupolo, ha premiato il lavoro dei dottori:

Dott. VALERIO GUARENTE con la tesi *"Studio in vivo delle alterazioni cellulari, molecolari ed epigenetiche nel processo di leucemogenesi mediato dalle mutazioni di *npm1* e *flt3-itd*"*.

Dott.ssa LAURA FORTUNA con la tesi *“La chirurgia personalizzata nel carcinoma mammario preses la breast unit di Perugia secondo i sottotipi molecolari”*.

Dott.ssa SILVIA MATTIOLI con la tesi *“Prevalenza di flogosi della basse vie aeree in bambini con oculorinite allergica”*.

Dott.ssa ELISA SPACCINI con la tesi *“Analisi quantitativa automatizzata del microcircolo retinico in soggetti sani mediante angiografia-oct”*.

Dott. TOMMASO BORI con la tesi *“Epidemiologia del carcinoma della prostata in umbria in relazione allo screening opportunistico”*.

Dott. GIOVANNI MARIA SARPIETRO con la tesi *“Sanguinamento maggiore in corso di terapia anticoagulante orale:studio prospettico di coorte”*.

Dott.ssa MICHELA SAVIANI con la tesi *“Cost-effectiveness evaluation of continous renal replacement therapy in critical and hospital patients: wastful use of resources or actual chance of survival?”*.

Consegnati i premi di laurea il Presidente ha chiamato i neo-iscritti a prestare il giuramento professionale invitandoli a far sì che quell'atto non fosse un vuoto cerimoniale ma rappresentasse l'ideale cui ispirare l'amore per la professione.

GIURAMENTO

In un'aula gremita e in piedi i due più giovani iscritti: la dottoressa Rachele Simonte e il dottor Alessandro Shaker hanno pronunciato a nome dei giovani colleghi il giuramento professionale. A conclusione della giornata i neo-iscritti chiamati uno ad uno hanno ricevuto dal Presidente, la pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, il distintivo dell'ordine ed una penna USB contenente il Codice Deontologico, l'Albo aggiornato (in cui sono inseriti per la prima volta) e un manuale di avviamento alla professione.



Dott.ssa Rachele Simonte



Dott. Alessandro Sahaker



RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2016, ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2017, BILANCO PREVENTIVO 2018

Abbassata ancora la quota di iscrizione

Dott. Antonio Montanari

Cari Colleghi,

questa mattina vengono sottoposti all'esame ed all'eventuale approvazione di questa Assemblea il Conto Consuntivo 2016, l'Assestamento del Bilancio di Previsione 2017 e il Bilancio Preventivo 2018.

I tre suddetti schemi di Bilancio sono stati redatti in base al vigente regolamento per l'amministrazione e la contabilità, elaborato dalla F.N.O.M.C.e.O. ed approvato dal Consiglio Direttivo, e sono formulati in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare nel periodo di riferimento) e di cassa (entrate e uscite che si verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato, indipendentemente dal periodo in cui sono maturati). Dopo i risultati conseguiti nel triennio 2009/2011 e nell'anno 2012, con l'estinzione del mutuo per l'acquisto della sede di Via Settevalli, il nuovo arredamento della Sala Convegni con poltrone Frau ed il rinnovo di tutte le dotazioni tecnologiche, nel 2013 è stato deciso l'abbassamento delle quote da 110 a 100 euro.

Nonostante questa notevole decurtazione, in termini percentuali (rimanendo fissi i 23 euro da riversare a Roma alla FNOMCeO), che poneva la nostra quota fra le più basse d'Italia (in alcune province si chiede più del doppio),



siamo riusciti ad incrementare i servizi, mantenendo la gratuità della casella PEC ed aumentando gli appuntamenti scientifico-culturali, tutti gratuiti e con crediti ECM per i primi 100 iscritti (nell'anno 2017 sono stati realizzati 13 eventi).

Non solo: alla verifica di fine anno, l'Avanzo di Amministrazione, già molto consistente a fine 2014 (oltre 690mila euro), salito a oltre 780mila euro nel 2015, ha raggiunto gli 850mila euro a fine 2016.

Per questo motivo, a partire dall'anno 2017, il Consiglio ha deciso all'unanimità di abbassare ulteriormente la quota a 90 euro, quota che diventa così la seconda più bassa d'Italia, la prima in relazione ai servizi gratuiti offerti.

Con un certo orgoglio, quindi, possiamo affermare che, in relazione al numero degli iscritti, i bilanci del nostro Ordine provinciale sono costantemente tra i migliori d'Italia, con patrimonio ed avanzi di amministrazione molto consistenti, a fronte di una quota estremamente bassa.

Il raggiungimento di questi importanti traguardi parte naturalmente da lontano: dal lavoro serio, competente ed "onesto" di chi ha gestito l'Ordine di Perugia nei decenni precedenti, permettendo all'attuale Consiglio di proseguire degnamente su una strada ben tracciata.

Con la presentazione di questi bilanci, termina il mio mandato.

Ho avuto il grande onore di gestire per nove anni la nostra tesoreria, cercando di svolgere il compito con il massimo dell'impegno e della costanza.

Ringrazio, per la fiducia accordata, tutto il Consiglio e l'Esecutivo, ad iniziare dal Presidente Graziano Conti, una delle persone più serie, oneste, capaci e competenti, che abbia mai conosciuto.

Un ringraziamento finale ai nostri validissimi collaboratori d'ufficio per lo splendido lavoro svolto.

Antonio Montanari



RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2016

Cari Colleghi,

oggi viene sottoposto all'esame ed all'eventuale approvazione del Consiglio il Conto Consuntivo 2016. Lo schema che questa sera vado a presentare è uguale a quello degli anni precedenti e consente di stampare i dati relativi ad entrate ed uscite divisi per competenza, cassa e residui. Il dato fondamentale comunque del Conto Consuntivo 2016 è sempre rappresentato dall'avanzo o disavanzo di amministrazione. Nell'anno 2016 si è determinato un AVANZO DI AMMINISTRAZIONE pari a € 850.643,88 (All. 1). Infatti partendo dal FONDO DI CASSA al 01/01/2016 pari ad € 864.848,66 aggiungendo il totale delle riscossioni eseguite in competenza (€ 622.775,16) e in c/residui (€ 39.377,00), sottraendo i pagamenti effettuati in c/competenza (€ 537.746,02) e in c/residui (€ 24.343,80) si ottiene il FONDO DI CASSA al 31/12/2016 pari ad € 964.911,00. A tale importo vanno aggiunti i RESIDUI ATTIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 44.917,00 e sottratti i RESIDUI PASSIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 159.184,12. Analizzando le varie voci di Bilancio si può osservare come il TOTALE DELLE ENTRATE di competenza dell'esercizio 2016 è costituito principalmente dalle quote di iscrizione all'Albo, mentre il TOTALE DELLE ENTRATE in c/residui è costituito principalmente dalle quote di iscrizione che non erano state incassate e relative agli anni antecedenti il 2016.

Per quanto riguarda, invece, il TOTALE DELLE SPESE CORRENTI (personale, indennità organi istituzionali, bollettino, consulenze e collaborazioni...) di competenza dell'esercizio 2016 va rilevato che è in linea con quanto speso negli esercizi precedenti. Per quanto riguarda le SPESE IN CONTO CAPITALE sono costituite sostanzialmente dagli accantonamenti al Fondo TFR.

Tutte le spese sono state regolarmente autorizzate e sono completamente documentate. Tutte le scritture sono state seguite in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti ed i dati sono riportati nelle allegate tabelle del bilancio consuntivo di entrate ed uscite relative all'anno 2016 e sono state controllate dal Collegio dei Revisori dei Conti.

FONDO CASSA AL 01/01/2016	€	864.848,66
+ RISCOSSIONI IN C/COMP.	€	622.775,16
+ RISCOSSIONI IN C/RESIDUI	€	39.377,00
- PAGAMENTI IN C/COMP.	€	537.746,02
- PAGAMENTI IN C/RESIDUI	€	<u>24.343,80</u>
FONDO DI CASSA AL 31/12/2016	€	964.911,00
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2016	€	44.917,00
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2016	€	<u>159.184,12</u>
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2016	€	<u>850.643,88</u>

RELAZIONE SU ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2017

Il Bilancio di Previsione per l'anno 2017 è stato approvato dal Consiglio nella seduta del 12 /12/2016 e dall'Assemblea degli iscritti nella seduta del 18/12/2016. Lo schema, formulato in termini finanziari di competenza e di cassa, presentava, l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2017 di € 779.481,20 (tabella 1). Poiché il Bilancio così formulato si basava su delle stime effettuate in base ai dati in nostro possesso alla fine di novembre 2016, una volta che si è proceduto a redigere il Conto Consuntivo dell'anno 2016 occorre "correggere il tiro", cioè a dire assestare il Bilancio di Previsione 2017. Nel Conto Consuntivo 2016 sono stati determinati: il Fondo finale di cassa effettivo, i residui attivi definitivi ed i residui passivi definitivi ed il seguente AVANZO DI AMMINISTRAZIONE.

Questi dati sono stati, dunque, riportati nel Bilancio Preventivo 2017 assestato:

Tabella 1

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
FONDO DI CASSA AL 31/12/2016	€ 882.848,10	€ 964.911,00
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2016	€ 57.100,04	€ 44.917,00
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2016	€ <u>160.466,94</u>	€ <u>159.184,12</u>
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2016	€ 779.481,20	€ 850.643,88

Sulla base di questi importi ottenuti a consuntivo il Bilancio di Previsione Assestato si può riassumere nei seguenti importi:

BILANCIO DI PREVISIONE 2017

Tabella 2

	COMPETENZA	
	NON ASSESTATO	ASSESTATO
Avanzo di Amministrazione	€ 779.481,20	€ 850.643,88
Entrate CORRENTI	" 423.035,00	" 423.035,00
Entrate in CONTO CAPITALE	" 0	" 0
Entrate per PARTITE GIRO	" <u>201.245,00</u>	" <u>201.245,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE</u>	€ 1.403.761,20	€ 1.474.923,88
	=====	=====
Spese CORRENTI	€ 1.002.516,20	€ 1.073.678,88
Spese in CONTO CAPITALE	" 200.000,00	" 200.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO	" <u>201.245,00</u>	" <u>201.245,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE SPESE</u>	€ 1.403.761,20	€ 1.474.923,88
	=====	=====

RELAZIONE SU BILANCIO DI PREVISIONE 2018

Cari Colleghi,
oggi viene sottoposto all'esame ed all'eventuale approvazione del Consiglio Direttivo il **Bilancio Preventivo 2018**, secondo quanto previsto dal Regolamento per la Amministrazione e la Contabilità in vigore. Tale Bilancio è formulato in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare nel periodo di riferimento) e di cassa (entrate e uscite che si verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato indipendentemente dal periodo in cui sono maturate). Il dato fondamentale di partenza del Bilancio di previsione è l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2018, calcolato tenuto conto del fondo di cassa presunto e dei residui attivi e passivi presunti al 31/12/2017. Il fondo di cassa presunto si può desumere dalla tabella seguente ove si evidenzia che il fondo cassa finale presunto al 31/12/2017 è di **845.853,94**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2017

SALDO C/C BANCARIO AL 30/11/2017	€ 944.133,74
SALDO CASSA CONTANTI AL 30/11/2017	€ 4.194,82
TOTALE DISPONIBILITÀ AL 30/11/2017	€ 948.328,06
+ ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2017	€ 22.882,38
(Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip...)	
- SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2017	€ 125.356,50
(Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13 [^] , Onorif. agli iscritti Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)	
FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2017	€ 845.853,94

Alla luce di quanto sopra si può ipotizzare l'avanzo di amministrazione all'01/01/2018 di € **684.203,22**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2018

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2017	€ 845.853,94
+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2017	€ 62.286,37
(Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)	
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2017 (Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino, consulenze, consumi, proc. Informatiche...)	€ 223.937,09
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2018	€ 684.203,22

BILANCIO DI PREVISIONE 2018 (Competenza)

Per quanto riguarda le ENTRATE CORRENTI sono incrementate per effetto dell'aumento del numero di iscritti per l'anno 2018.

Non sono previste ENTRATE IN CONTO CAPITALE.

ENTRATE COMPETENZA

Avanzo di Amministrazione Presunto	€ 684.203,22
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2018)	“ 409.400,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi...)	“ 29.450,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	“ 0
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	“ 0
Entrate per PARTITE GIRO (Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	“ 238.411,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€ 1.361.464,22 =====

Per quanto riguarda le SPESE CORRENTI di competenza sono previste sostanzialmente in linea con quelle degli anni scorsi. Le SPESE IN CONTO CAPITALE, invece, sono rappresentate dall'eventuale acquisto di nuove procedure informatiche.

USCITE

	COMPETENZA
Spese CORRENTI (Spese conv. assemblea, ind. Cons., stipendi, cond., pulizia consumi energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze, ass. e manut, proc. Info, macchine...)	€ 923.053,22
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto proc. Informatiche...)	“ 200.000,00
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	“ 0
Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	“ 238.411,00
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€ 1.361.464,22 =====

Le ENTRATE e le USCITE PER PARTITE DI GIRO variano in base al numero degli iscritti, per quanto riguarda la quota da riversare alla FNOMCeO.

BILANCIO DI PREVISIONE 2018 (Cassa)

Per ciò che riguarda il **BILANCIO DI CASSA A PAREGGIO**, infine, si può riassumere secondo le presenti tabelle:

ENTRATE

Fondo iniziale di cassa presunto al 01/01/2018

CASSA

€ 845.853,94

Entrate CONTRIBUTIVE	“ 448.813,00
Entrate DIVERSE	“ 29.450,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	“ 0
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	“ 0
Entrate per PARTITE GIRO	“ 261.284,37
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€ 1.585.401,31

=====

USCITE

Spese CORRENTI	€ 1.007.905,60
Spese in CONTO CAPITALE	“ 298.294,31
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	“ 0
Spese per PARTITE DI GIRO	“ 279.201,40
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€ 1.585.401,31

=====

CASSA

Il Bilancio di Previsione 2018 è, ovviamente, espressione dei **seguenti obiettivi** che il Consiglio intende realizzare nel corso del proprio mandato:

1) riduzione al minimo dei residui attivi derivanti da quote di iscrizione non pagate tramite la stipula della convenzione con la banca Tesoriere INTESA SAN PAOLO per la riscossione delle quote di iscrizione dell'anno 2018 tramite MAV o RID, tramite l'adesione a PAGOPA, che consente di pagare in tabaccheria, in tutte le banche, con home banking e sul site dell'Ordine, nonché tramite l'azione di controllo e sollecito da parte degli Uffici;

Mi è grata l'occasione per ringraziare il Presidente, il Consiglio Direttivo, il Collegio dei Revisori dei Conti per il contributo apportato.



*La consegna delle medaglie
50 anni di laurea*



Prof. Giuseppe Abretti



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Giuseppe Abretti



Dott. Paolo Angeli



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Paolo Angeli



Dott. Lorenzo Cardini



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Lorenzo Cardini



Dott. Romano Ciampoletti



La consegna della medaglia ricordo alla Dott. Romano Ciampoletti



Dott. Claudio De Fazio



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Claudio De Fazio



Dott. Giancarlo Diamantini



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Giancarlo Diamantini



Dott. Ivo Dini



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Ivo Dini



Dott. Sandro Frillici



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Sandro Frillici



Prof. Ettore Giannone



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Ettore Giannone



Dott. Antonio Giorgi



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Antonio Giorgi



Dott. Lucio Luccioli



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Lucio Luccioli



Dott. Franco Mirri



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Franco Mirri



Dott.ssa Luciana Mommi



La consegna della medaglia ricordo al Dott.ssa Luciana Mommi



Dott. Roberto Paradiso



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Roberto Paradiso



La figlia del Dott. Ferdinando Rosi



La consegna della medaglia ricordo alla figlia del Dott. Ferdinando Rosi



Dott. Mario Saracino



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Mario Saracino



Foto di gruppo con i colleghi "cinquantenni"

*La consegna dei premi di laurea intitolati
alla memoria del Dott. Domenico Tazza*



Dott. Valerio Guarente



Premio Laurea Dott. Valerio Guarente



Dott.ssa Laura Fortuna



Premio Laurea Dott.ssa Laura Fortuna



Dott.ssa Silvia Mattioli



Premio Laurea Dott.ssa Silvia Mattioli



Dott.ssa Elisa Spaccini



Premio Laurea Dott.ssa Elisa Spaccini



Dott. Tommaso Bori



Premio Laurea Dott. Tommaso Bori

*La consegna del premio di laurea intitolato
alla memoria del Dott. Luigi Balducci*



Dott. Giovanni Maria Sarpietro



Premio Laurea Dott. Giovanni Maria Sarpietro

*La consegna del premio di laurea intitolato
alla memoria del Dott. Fabio Giaimo*



Dott.ssa Michela Saviani



Premio Laurea Dott.ssa Michela Saviani

Cari Colleghi,

desidero anzitutto ringraziarVi per l'ampia partecipazione alle recenti elezioni ordinarie. Partecipazione che ha reso possibile, fin quasi dal primo dei tre giorni in calendario, il raggiungimento del quorum, per la elezione dei cinque membri della CAO, la Commissione Albo Odontoiatri, accanto a quella dei due membri odontoiatri nel Collegio Revisori Conti. Dopo nove anni di gestione delle Tesorerie dell'Ordine, dunque, è per me un grande onore essere stato eletto alla Presidenza dell'Albo, per il triennio 2018/2020. Non sarà facile emulare chi mi ha preceduto, l'amico Andrea Donati, il quale ha interpretato il ruolo con grandi saggezza, equilibrio ed intelligenza, soprattutto nella "gestione" dei provvedimenti disciplinari. In questo senso, cercherò di proseguire nel solco da lui tracciato, sicuro di contare sul sostegno altrettanto unanime, accanto al suo, di Leonardo Cancelloni, Lorenzo Olivieri ed Ezio Politi, membri CAO, nonché di quello di Claudia Giannoni e Giovanni B. Genovesi, del Collegio Revisori. Approfitto, dunque, di questo spazio, per ricordare alcuni punti importanti, e forse troppo poco conosciuti, del nostro Codice Deontologico, le cui violazioni sono suscettibili di procedimenti disciplinari e di sanzioni, come ampiamente ribadito anche nella recente legge Lorenzin. In particolare voglio ricordare:

1 Art. 54 che recita: "Il medico* può prestare gratuitamente la propria opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato ad indebito accaparramento di clientela".

2 Da questo punto di vista, la CAO di Perugia ritiene che la pubblicità di prestazioni gratuite sia vietata dal Codice Deontologico, come ampiamente ribadito nel Corso di Aggiornamento sui Procedimenti Disciplinari dell'ottobre scorso a Roma, alla presenza di un Magistrato del CCEPS (Commissione Centrale per gli Esercenti Professioni Sanitarie).

3 Art. 55 Informazione sanitaria: "Il medico promuove ed attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati.....ecc".

4 Art. 56 Pubblicità informativa sanitaria: "..... ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni" ed inoltre "..... rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria".

Nel prossimo Bollettino, infine, verrà dato ampio risalto al **forte inasprimenti delle sanzioni penali, per ABUSIVISMO e PRESTANOMISMO**, introdotti nella legge sopra ricordata.

Nel ringraziare ancora una volta tutti i Colleghi, auguro, in particolare ai giovani, una carriera professionale ricca di soddisfazioni.

Buon lavoro
Antonio Montanari

*da intendersi medico o odontoiatra



**ORARI DEGLI UFFICI DELL'ORDINE
ORARIO INVERNALE:**

Lunedì - Mercoledì - Venerdì:	10.00 / 16.00
Martedì - Giovedì:	09.30 / 13.30
Sabato:	09.00 / 12.00

ORARIO ESTIVO:

Dal Lunedì al Venerdì:	09.30 / 13.30
Sabato:	09.00 / 12.00



*Campagna
per la difesa della salute
contro l'abusivismo medico
e odontoiatrico*

Dal 1^o Aprile 2017 è partita la “Campagna per la difesa della salute contro l’abusivismo medico odontoiatrico. Siete tutti invitati alla massima collaborazione favorendo la diffusione di questa iniziativa affiggendo nei vostri studi tali manifesti e locandine. E’ stata anche attivata una pagina FaceBook **#MEDICI VERI**. Visitatela e esprime-
te il vostro “mi piace” e eventuali commenti e suggerimenti.

