Bollettino 03-2018

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 03/2018

Panorama Ferentillo

Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti DOMENICA 16 DICEMBRE 2018

indice

CESARE FIORE — pag 3

QUADRETTI DI UN PICCOLO MONDO ANTICO — pag 5

NUOVI FARMACI PER IL DIABETE MELLITO — pag 16

METODOLOGIA CLINICA — pag 28

CASCIA RIPARTE: ANDI È PRESENTE — pag 41

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 03/2018

Sommario

CESARE FIORE 3

QUADRETTI DI UN PICCOLO MONDO ANTICO 5

L'OCCHIO DELL'ARTISTA UNA LETTURA OFTALMOLOGICA DELLA STORIA DELL'ARTE 9

LE NUOVE FRONTIERE DELLA MEDICINA E L'ARTE DELLA MEDICINA OGGI 10

CHI GUADAGNA SULLA SALUTE DEGLI UMBRI 13

PERCHÈ SCEGLIERE I NUOVI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2: UNA QUESTIONE DI "CUORE"? 16

METODOLOGIA IN CLINICA: ESISTE ANCORA? 28

NON CADERE NELLA RETE (IL PERICOLO DEI SOCIAL) 35

LA RADIOTERAPIA: 120 ANNI DI CURA E RICERCA PER IL MALATO ONCOLOGICO. 36

SEPARATORI DI AMALGAMA - LA CAO NAZIONALE INTERVIENE E PRECISA 40

CASCIA RIPARTE, ANDI È PRESENTE 41

BOLLETTINO CORRETTO 43

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.www.ordinemediciperugia.it

CESARE FIORE

Nello scorso mese di Luglio ci ha lasciato dopo una breve e implacabile malattia il professore Cesare Fiore, Consigliere dell'Ordine, stimatissimo collega e amico sincero.
Laureatosi giovanissimo, a ventitre anni, a Napoli, conseguì la Specializzazione in Clinica Oculistica a Perugia nel 1967, e qui, salvo periodi di formazione all'estero, in Germania e Svizzera, ha compiuto la sua carriera e svolto la sua attività.
Libero Docente nel 1972, Ordinario di Oftalmologia dal 1989, Direttore della Clinica Oculistica dal 1999 e della Scuola di Specializzazione dal 2001 fino al 2010, dal 1° gennaio 2011 era in quiescenza dall'Accademia, ma non dall'attività professionale.
All'Ordine ha svolto numerosi incarichi, ma è in qualità di Coordinatore della Commissione Formazione e Aggiornamento Professionale che ha dato una svolta alle nostre attività con impegno, passione, competenza. Le sue documentatissime introduzioni alle varie giornate di aggiornamento e ai vari convegni, sui temi più diversi, erano una conferma dei suoi innumerevoli stimoli, della sua curiosità, della profondità del suo sapere.
È sempre difficile parlare di chi ci ha lasciato. Frasi fatte, luoghi comuni, retorica sono sempre in agguato e non è facile comunicare i nostri veri sentimenti.
Cesare era un vero "gentiluomo partenopeo" come l'ha definito qualcuno. Distinto nel portamento, colto, con una ampia varietà di interessi, autorevole, di poche parole, ma quelle necessarie.
Collaborare con lui in questi anni è stato un onore e un privilegio.
Ci è di conforto il fatto che, prima di scoprire la malattia, sia riuscito a concludere un progetto portato avanti in questi ultimi anni: la pubblicazione di uno splendido volume, ammirevole per la straordinaria capacità di coniugare medicina, rigore scientifico, cultura e passione per le arti visive in un allettante e stimolante connubio.
Il 28 aprile una Sala dei Notari, piena come raramente l'ho vista, anche in occasioni importanti e solenni, lo ha festeggiato e applaudito in occasione della presentazione del suo libro "L'occhio dell'artista" un'opera originale, segno tangibile di spiccata sensibilità e di rara vivacità intellettuale.
Un mese dopo, sabato 26 maggio, ci siamo incontrati nel mio studio, all'Ordine, e mi ha informato del-

la sua malattia, scusandosi del fatto che non avrebbe potuto portare avanti alcuni impegni.
Ci siamo abbracciati, la prima e l'unica volta, e salutati in silenzio. Lo sguardo diceva quello che le parole non riescono a dire in certi momenti, soprattutto tra due medici, che non si possono celare la realtà delle malattie. Il lunedì successivo avrebbe iniziato la terapia.
Non è stato lasciato nulla di intentato. L'affetto della famiglia e la vicinanza degli amici lo hanno confortato in quei giorni difficili.
Ci siamo visti in ospedale l'ultima volta il 14 luglio, due settimane dopo ci ha lasciato.
Il 31 Luglio, in occasione del funerale, nella Chiesa di Case Bruciate, anch'essa piena di gente: familiari, amici, colleghi, estimatori, pazienti, al termine della celebrazione, nei vari interventi e ricordi è stata tratteggiata, sotto vari aspetti, da colleghi commossi, la sua figura.
Il prof. Pecorelli ha citato, a proposito delle lacrime, un passo celebre di Sant'Agostino e a me, di fronte ad una morte cosi inattesa e repentina, è tornata in mente un'altra frase celebre del vescovo di Ippona: Signore non ti chiediamo perché ce lo hai tolto, ma ti ringraziamo per avercelo dato ... Coloro che amiamo e che abbiamo perduto, non sono più dov'erano, ma sono ovunque noi siamo.

Dott. Graziano Conti

QUADRETTI DI UN PICCOLO MONDO ANTICO

Dott. Tiziano Scarponi

Sono stato indeciso sino all'ultimo se pubblicare queste pagine. Per qualcuno potranno sembrare poco pertinenti, ma sto vivendo una fase della vita in cui i ricordi del passato, purtroppo, hanno molto più spazio dei progetti per il futuro e poi, con questo "amarcord", riaffiora un periodo della mia vita, anzi, della vita di molti di noi, medici con i capelli grigi e pertanto è un po' come un parlare di storia della medicina. Una storia della medicina minore, certo! Storia di un periodo. Periodo del nostro inizio, periodo in cui andavamo con un passo più lento e che ricordiamo con un senso di nostalgia poiché coincide con la nostra giovinezza che non c'è più, come questo piccolo mondo antico.

Siamo a casa mia, alla fine di una cena consumata fra colleghi amici, coetanei. Come di solito accade, le mogli si alzano per collocarsi in una parte dell'ambiente per parlare di cose loro mentre noi restiamo ancora a tavola per parlare di cose nostre, magari davanti a qualche bottiglia di buon distillato. Si sa!

Alla fine di un convivio, soprattutto se si è ben mangiato e ben bevuto lo scambio comunicativo è facilitato. Un collega prende il suo smartphone e ci fa vedere un filmato in cui ha ripreso un suo paziente dentro il letto, durante una visita domiciliare.

È un ultranovantenne con il volto scarno che parla gesticolando in un dialetto perugino stretto e con una mimica facciale che tradisce grande emozione per quello che racconta. Ha in testa quelle papaline bianche da notte che non vedevo più da decenni ed indossa, per quello che posso intuire , quei vecchi camicioni, anche questi divenuti rarità, tutti di un pezzo, senza bottoni, lunghi sino alle caviglie.

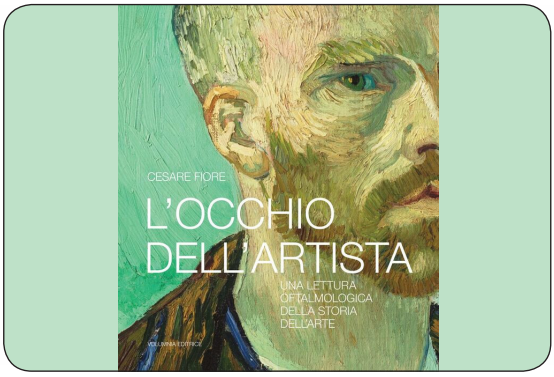
Ecco! È bastato questo filmato realizzato dal collega per documentare una realtà che sta sparendo, per far riaffiorare tutto un mondo che avevo dimenticato.

Mi rivedo al volante della mia Fiat 127, obbligatoriamente vestito con giacca e cravatta, la borsa da medico che odora ancora di cuoio e che vado girando per Perugia, città e campagna. Alla fine degli anni'70 le visite domiciliari erano molte. La vaccinazione antinfluenzale era ancora un concetto astratto e pertanto nei mesi invernali con il picco epidemico, talvolta eri anche costretto a far sal-

tare qualche seduta ambulatoriale...i malati a casa avevano la precedenza e nessuno si sognava di protestare se aveva fatto un viaggio a vuoto per venire a studio. Andavi per le scale e gli ascensori dei condomini dei nuovi palazzi di periferia. Percorrevi i vicoli dei rioni cittadini: allora il centro era abitato da famiglie "normali".
Correvi lungo le strade bianche di campagna per arrivare ai casolari dove stava morendo l'ultimo sprazzo di civiltà contadina.
È gennaio e m'inoltro preoccupato lungo una carrareccia che mi dovrebbe portare a casa di pazienti che non conosco, di un collega che sto sostituendo. La strada e tutti i campi circostanti sono ricoperti da una coltre di brina gelata tale da far sembrare che sia nevicato. Arrivo nell'aia di un tipico casolare umbro: edificio a corpo unico, senza terrazze, con le scale esterne che salgono alla loggia in cui un'anziana signora, vestita di scuro con il fazzolettone annodato intorno al collo che le copre la testa, guai a chiamarlo bandana, mi fa cenno di salire. Da qui accediamo all'ingresso dell'abitazione che è costituito dal classico cucinone immenso con camino appoggiato alla parete capace di contenere al suo interno anche posti a sedere. Il fuoco è acceso, ma manca il paiolo annerito che di solito penzola dal gancio. Anche Il tavolo al centro dell'ambiente è grandissimo, ma le seggiole sono solo quattro o cinque. Il piano della vecchia madia dove una volta si faceva il pane è ricoperto da una tovaglia di plastica con sopra il televisore: evidente segno che si era persa questa abitudine. Su una parete appesa al chiodo vedo la doppietta per la caccia con tanto di cartuccera e "catana".
" Dottorino! Adesso le faccio strada per andare da mio marito che ha la febbre da diversi giorni. Poi ha tanta tosse che abbaia come un cane".
Percorro un tratto di un lungo corridoio senza finestre che è completamente al buio, illuminato solo in questa parte iniziale da una fioca lampadina. Mi spiegò poi che, oramai erano rimasti solo loro due e non conveniva certo sprecare la luce per illuminare le zone che non usava più nessuno.
Entriamo in camera da letto, gelida, senza riscaldamento di sorta. Mentre la donna apre gli scuri delle finestre per far luce mi compare un mondo in cui sembra che il tempo si sia fermato. Il letto altissimo, con la testiera e pediera in ferro battuto nero intrecciato. Il pianale del comò, in marmo grigio come quello dei comodini, è occupato al centro da una scatola metallica lavorata sopra un centrino ricamato con punto francescano.
Da un lato, una cornice con una vecchia foto di un mezzo busto di un giovane con cappello e baffi all'umbertina, con a fianco una donna con un colletto di pizzo e i capelli acconciati a cipolla alla vecchia maniera. Sull'altro lato del comò fanno bella figura: una foto con il volto di una neonata con davanti dei fiori finti , la palla di vetro con neve con la miniatura di una basilica che non riconosco, una spazzola per capelli con infilato un pettine.
Mi avvicino al letto, dove intanto il malato, che dormiva profondamente, sbadigliando, sta prendendo contat-

to con la realtà.
Appena mi vede mi guarda sospettoso, d'altronde aspettava forse il suo medico, e mi dice che quella di chiamarmi era stata un'idea della moglie perché lui non ne vedeva la necessità.
Man mano che mi avvicino a lui il profumo di spigo emanato dalle ruvide lenzuola di flanella e dai copricuscini diventa più forte. Indossa la papalina da notte e un pesante camicione di lana ruvida che tira su aiutato dalla moglie che scuote la testa in senso di disapprovazione.
Mentre mi avvicino a lui per raccogliere l'esame obiettivo faccio attenzione a non urtare il comodino sopra il quale fa bella mostra una dentiera completa di tutte e due le arcate a bagno dentro un bicchiere d'acqua.
Completo la visita misurando i valori pressori:170 su 90..” benissimo” mi dice “ 100 più gli anni...per me che ne ho più di 80, va alla grande!”.
Lo rassicuro sul fatto che non ho riscontrato nulla di preoccupante. Per fraternizzare gli chiedo come va la caccia e lui mi risponde che oramai si limita a tirare a qualche merlo intorno a casa perché le gambe non lo assistono...tanto per passare un po' il tempo. Mi congedo da lui seguendo la moglie in cucina che mi offre un telino anche esso di ruvida flanella insieme ad una profumata e verde saponetta “ Palmolive” per lavarmi le mani direttamente sullo “sciacquaio” del cucionone.
Mentre mi accingo a scrivere le ricette le chiedo come era la vita lì e mi racconta come in quella casa vivessero sino a non tanto tempo prima tre fratelli con le rispettive famiglie insieme ai vecchi genitori e come suo marito fosse l'ultimo dei tre, i primi due erano oramai morti.
La casa, in passato, risuonava di grida ed urla in quanto ogni famiglia aveva messo al mondo tre o quattro figli ora sparsi per quasi tutta l'Umbria. Erano una delle famiglie di mezzadri più importanti della zona che arrivava a produrre oltre 100 quintali di grano.
Non si poteva fare il conto delle mucche e dei vitelli che erano capaci di allevare, per non parlare dei maiali e degli animali da cortile, ma la vita cambia e i giovani avevano preferito studiare o lavorare in fabbrica e così tutto era finito.
“Siamo rimasti solo noi due, aspettiamo serenamente la morte che non starà tanto a venire”.
Mi ha congedato con queste parole, mentre mi allungava una busta con le uova fresche, chiedendomi scusa per il fatto che erano poche, ma: “Con questo freddo le galline non “fetano!”
Non ho saputo più nulla di loro.
Mentre stavo rivedendo questo film le risa e le esclamazioni dei colleghi mi hanno riportato al presente.
Ognuno stava dicendo la sua.
“Vi ricordate quando andavamo a domicilio di notte e non si vedeva un tubo perché sul lampadario era accesa solo una lampadina in quanto le altre erano state lievemente svitate per non far fare contatto e risparmiare così energia elettrica?
Per poter vedere qualcosa, dovevamo spesso salire sul letto, magari anche togliendoci le scarpe per avvitarle perché facessero contatto!”. “ Vi ricordate quando visitavamo qualche

ragazzino che non aveva fatto la doccia o il bagno perché febbricitante e per questo era stato tutto "imborotalcato" come un pesce da friggere in padella?
Oppure quando andavi al bagno di una famiglia e per lavarti le mani ti allungavano la saponetta del bidet piena di peli?
E quando trovavi un fiocchetto rosso cucito sulle canottiere o magliette a significare che erano andati dalla fattucchiera per farsi togliere il malocchio?
I ricordi e gli aneddoti si susseguono fra l'ilarità e l'allegria del gruppo. Poi cominciano a rallentare, le pause si fanno più frequenti e prolungate e piano piano senza rendersene conto all'inizio, a questa atmosfera festaiola subentra una nuova aria, una nuova emozione.....la tristezza per questo piccolo mondo antico che è sparito, come a breve spariremo anche noi.



L'OCCHIO DELL'ARTISTA
Una lettura oftalmologica della storia dell'arte

Dott. Graziano Conti

Sabato 28 Aprile 2018 presso la Sala dei Notari del Palazzo dei Priori, gremita come non mai, vi è stata la presentazione dell'opera "L'occhio dell'artista – Una lettura oftalmologica della storia dell'arte" edito dalla Casa Editrice Volumnia.

Dell'opera, frutto del lungo e appassionato lavoro del professore Cesare Fiore, illustre cattedratico di Oculistica, Consigliere del nostro Ordine, hanno parlato oltre l'autore e l'editore il professore Umberto Senin e Luca Delogu, storico dell'arte.

È un lavoro originale nella sua impostazione, documentatissimo, notevole nella sua presentazione grafica, frutto della professionalità, dell'esperienza e della raffinatezza delle stampe Petruzzi di Città di Castello.

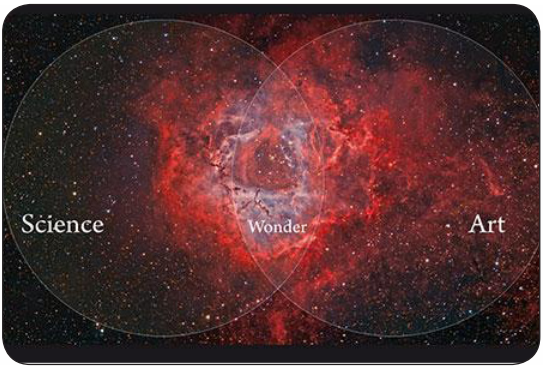
La copertina, le sue suntuose illustrazioni e l'impaginazione talmente curate e affascinanti, che lo fanno apparire come il catalogo di una mostra, non traggano in inganno. Si tratta infatti di un testo scientifico in cui, come si legge nella prefazione, l'interesse per la pittura di un docente universitario è stato talmente profondo da sfociare nella ricerca, coniugando così l'abitudine scientifica alla passione.

Ecco così che in ogni capitolo si mettono in relazione le varie patologie come i difetti di refrazione, le alterazioni nella visione dei colori, la presbiopia, la cataratta, il glaucoma con i pittori e le opere d'arte e si offre una inconsueta interpretazione delle opere stesse e degli autori, decisamente originale.

Le varie sezioni sono precedute da richiami alla fisiologia e all'ottica chiari, precisi e puntuali e la lettura è estremamente piacevole.

Il risultato finale, cito sempre dalla prefazione, è che: "In questo libro l'autore, che è specialista in una disciplina completamente estranea alla storia dell'arte, dimostra, allo stesso tempo, di esserne profondo conoscitore poiché ci presenta prospettive inaspettate e raggiunge dei risultati sorprendenti".

Il Consiglio Direttivo, per la rilevanza dell'opera, ha deciso di farne omaggio ai vari Ordini Provinciali e vi è il rimpianto, per la precoce scomparsa dell'autore, che non abbia potuto compiacersi personalmente, dei rallegramenti e degli entusiastici apprezzamenti dei colleghi di tutta Italia.



LE NUOVE FRONTIERE DELLA MEDICINA E L'ARTE DELLA MEDICINA OGGI

Enrico Capodicasa
Professore incaricato di Storia della Medicina
Scuola di Medicina
Università degli Studi di Perugia

Che esista ancora un'arte della medicina è un tema oggi molto dibattuto. Alle radici di questo dibattito si collocano, da un lato, le posizioni di coloro che considerano l'arte come un'attività praticamente inconciliabile con la scienza e confidano nella realizzazione, in un imminente futuro, della medicina come esercizio tecnico-applicativo e guardano in prospettiva al progresso scientifico, con le sue ricadute tecnologiche, come a qualcosa destinato a rendere obsoleta ed improponibile ogni persistenza di arte nella pratica medica.Dall'altro lato vi è la posizione di coloro che giudicano impossibile sostituire il medico e la sua arte con una macchina, per quanto sofisticata questa possa mai essere.

Ma potrà mai esistere, se mai esistita, una medicina senza arte?

Alcune considerazioni riguardo alla storia plurimillenaria della medicina e su quella che è stata l'evoluzione storica e semantica di parole come arte e scienza potrebbero contribuire al dibattito e forse essere di aiuto per una risoluzione o, meglio, una dissoluzione del problema.

D'altronde è nello spirito della tradizione medica ippocratica, a partire dal V-IV secolo a.C., che si collocano le radici storiche più vere della medicina occidentale di oggi.

Nell'antica Grecia, il termine arte disgiunto da scienza originariamente non esisteva. Si parlava infatti di tèchne (un termine corrispondente al Latino ars), una dizione omnicomprensiva per indicare il connubio tra sapienza e potenza, tra sapere e saper fare nel caso concreto.

In ambito medico, così recitava il primo degli Aforismi di Ippocrate:

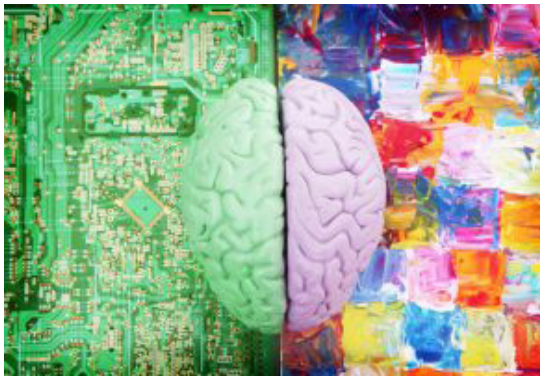
"La vita è breve, l'arte lunga, l'occasione fugace, l'esperienza fallace, il giudizio difficile. Bisogna che non solo il medico sia pronto a fare da sé le cose che debbono essere fatte, ma anche il malato, gli astanti, le cose esterne".

Una sintesi, questa, oltremodo suggestiva ed eloquente delle problematiche da sempre alla base della formazione e della pratica medica e la molteplicità di fattori e contributi personali, sociali ed ambientali richiesti per assicurare il buon esito in termini di salute individuale e collettiva.

Solo a partire dal XVII secolo al medico "fisico" filosofo di ippocratica memoria, è subentrata una nuova figura di medico (e di scienziato) che non può più prescindere dal ricorso all'analisi quantitativa, all'indagine sperimentale ed alla componente

strumentale. La medicina ha tratto da tutto ciò un formidabile impulso che ha condotto nei secoli successivi a spettacolari progressi e conquiste epocali e, in alcune fasi, ad un atteggiamento di cosiddetto scientismo.
La scienza medica si è andata sempre più aprendo a contributi multidisciplinari, configurandosi in maniera sempre più imprescindibile per i suoi stretti legami con le scienze di base e l'insostituibile ricorso alle procedure tecnologiche, all'attività specialistica e superspecialistica dei nostri giorni.
Parallelamente, come per una sorta di reazione, per arte si è sempre di più fatto riferimento ad un'attività extrascientifica, intrinsecamente svincolata dalla scienza, priva di ogni retaggio di scientificità.
Questo nuovo modo di intendere l'arte può condurre tuttavia ad un serio fraintendimento, far dimenticare che invece proprio l'arte, nel suo senso più proprio - insieme coinvolgente intuitivo e creativo - è alla base anche di ogni ricerca, attività o progresso scientifico.
Come la storia della medicina insegna, le scoperte quasi mai sono state l' epilogo scontato di un'attività di ricerca programmata, ma sono scaturite piuttosto dall'incontro tra la serendipità (quasi mai sinonimo di puro caso) e l'arte di chi nella serendipità si è imbattuto ed in modo consapevole e pronto ha saputo valorizzarla.
Le pietre miliari che hanno segnato il progresso della medicina sono state quasi sempre figlie dell'arte o comunque, potremmo dire, di coloro che hanno saputo fare della scienza un'arte e dell'arte una scienza.
Sul versante applicativo poi, la stessa medicina basata sulle evidenze (Evidence based medicin, EBM), di per sé indirizzata a fornire sentieri di provata efficacia in medicina, può trovare ostacoli o limiti ancora insormontabili: per molte delle situazioni che il medico si trova oggi ad affrontare mancano ancora evidenze scientifiche di livello A o addirittura B, dal momento che nella realtà professionale quotidiana non è facile imbattersi in pazienti che soddisfino appieno i criteri di inclusione sui quali sono basati questi studi. Sempre più diffusa e crescente è ormai la consapevolezza della complessità di ciascun individuo, dei limiti e dei pericoli e delle insidie delle generalizzazioni e nella pratica clinica, nel caso concreto, è poi richiesto al medico di indirizzare con arte l'intervento sul singolo paziente.
A ben riflettere, forse sarebbe molto più appropriata al riguardo la denominazione non già di medicina basata sulle evidenze, ma di evidenze basate sulla medicina, per sottolinearne tutte le difficoltà e le problematiche ancora insite nelle ricerca medica che ha per oggetto l'uomo malato e considerare le evidenze disponibili uno strumento da utilizzare come punto di partenza e di riferimento dove possibile, sempre criticamente, con arte: non come un totem, non come un mezzo di autorevole semplificazione, ma di consapevolezza della complessità del singolo caso, sapendo che il medico ha poi a che fare concretamente, sul campo, non solo con una malattia studiata ma con il malato e che l'arte del medico comincia ed è richiesta proprio lì dove finiscono i suoi libri.
Le imprescindibili e sempre più strette relazioni della medicina con le

scienze di base, ormai ineludibili anche a livello genetico e molecolare, e con le più sofisticate tecniche operative, sono del resto giunte ormai ad un livello talmente avanzato di possibilità da richiedere una gestione sempre più personalizzata e mirata del paziente, non di rado affetto da patologie di diversa natura, in trattamento polifarmacologico, con variabili individuali e contestuali tali da richiedere, in maniera sempre più evidente, un approccio medico e gestionale personalizzato ed integrato.
Le frontiere della cosiddetta medicina traslazionale e della medicina personalizzata sono le nuove sfide della medicina del Terzo Millennio.
La ricerca scientifica medico-biologica nel mondo occidentale drena ormai quantità impressionanti di risorse ed ha necessità sempre più stringenti di ricadute applicative e remunerative.
Ma gli avanzamenti tecnologici non sono la scienza, ma solo una delle sue possibili applicazioni, tra le quali peraltro occorre necessariamente scegliere, nel caso specifico speriamo senza mai dimenticare che il fine ultimo della medicina è l'interesse del malato e la salute collettiva ed ambientale.
A chi nega oggi la medicina come arte si potrebbe obbiettare che essendo di fatto diventata la medicina scienza, non pura o di base ma applicata, non può che esserlo con arte.
Anzi, forse proprio ancor più per gli avanzamenti epocali realizzati dalla scienza medico-biologica e le quasi inimmaginabili potenzialità tecnologiche, l'arte della medicina è oggi più che mai una preziosa necessità.
Diventare ed essere un medico oggi richiede decisioni coinvolgenti ed impegnative, una consapevolezza storica e critica della propria professione, del valore e dei limiti della cosiddetta EBM, del contesto di salute ambientale e sociale, dell'accelerato turnover e dei limiti delle attuali conoscenze mediche (il cui t/2 è ormai sceso sotto i 5 anni!) e della necessità di un approccio integrale ed integrato, che non può essere frazionato perché nemmeno il paziente può essere frazionato come persona.
A chi considera la specializzazione, la superspecializzazione, il lavoro in equipe come riprova ed epilogo di una attività esclusivamente tecnica di una medicina che ha ormai voltato pagina, si potrebbe ricordare che anche esse richiedono comunque arte e, sempre più, una regia, ancor più nella nuova fase della cosiddetta corporate medicine.
Come per un'orchestra, infatti, il buon esito risiede non solo nella validità degli strumenti musicali realizzati, ma anche nell'arte, nell'abilità e nel virtuosismo di chi tali strumenti adopera o dirige.



CHI GUADAGNA SULLA SALUTE DEGLI UMBRI

Dott.ssa Cristina Cenci

Quando mi sono iscritta a medicina e ho iniziato il lungo percorso che dopo 6 anni di corso di laurea e 5 di specializzazione, mi avrebbe permesso di accedere ai concorsi per lavorare nel SSN come medico dipendente, mai avrei pensato di guadagnare con il mio lavoro, sulla pelle e sulla salute dei pazienti che mi accingevo a curare. Ed oggi a 10 anni dalla tanto ambita assunzione, ritengo che lo stipendio mensile di 3000 euro (circa 20 euro netti/ora) sia una retribuzione adeguata alla mia preparazione, all'aggiornamento continuo e all'impegno orario profuso.

Ho scelto di non optare per la libera professione intramuraria (ALPI) perché essendo moglie e madre di 3 ragazze di 8 12 e 14 anni, le 38 ore a settimana contrattualmente dovute, che a conti fatti sono sempre in eccesso, per me sono più che sufficienti, visto che il resto della giornata non passata in ospedale, è a loro dedicata.

Conosco però tanti bravi colleghi, con esigenze e percorsi diversi dal mio, che hanno scelto di intraprendere la libera professione e non penso lo abbiamo fatto per guadagnare sulla salute dei loro pazienti.

Per questo sono rimasta molto colpita dal titolo e dai contenuti dell'articolo uscito sul Corriere dell'Umbria il 3 settembre "Chi guadagna sulla salute degli umbri". Il giornale ha dedicato ben quattro pagine alle "visite a pagamento dei medici" sbattendo nomi di colleghi, molti dei quali amici di una vita o punti di riferimento professionale quando ero studente, accanto alle relative tariffe, "che superano i 200 euro", lasciando credere ai lettori che fossero colpevoli di chissà quale illecito. E lasciando credere che impedendo la libera professione del medico ospedaliero, si risolva finalmente l'annoso problema delle liste di attesa.

Ritengo pertanto doveroso utilizzare il restante spazio di questo articolo, per illustrare nel modo più oggettivo e chiaro possibile, cos'è la libera professione intramuraria senza voler entrare nel merito delle motivazioni che hanno comportato il progressivo allungamento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali. Perché è più facile cercare colpevoli che analizzare i dati e proporre soluzioni. Perché è più facile pensare che i medici di medicina generale facciano richieste inappropriate e gli specialisti ospedalieri lucrino sulla salu-

te dei pazienti con le loro marchette, piuttosto che fermarsi a studiare il problema e rendersi conto che se non cambia il modo di amministrare la Sanità in questa Regione, il diritto universale alla salute rischia di essere fortemente compromesso.
La libera professione intramuraria dovrebbe rappresentare una libera scelta del cittadino e non un modo per by-passare le liste d'attesa per la prestazione richiesta.
Nella ratio della norma infatti è rappresentata la facoltà del paziente di poter scegliere il professionista da cui farsi curare all'interno del servizio sanitario pubblico, sia come prestazione ambulatoriale, strumentale o meno, che in regime di ricovero.
È normata in maniera stringente (bib.1), prevede controlli annuali a livello aziendale, regionale, nazionale e relative sanzioni. Recentemente sono usciti gli ultimi dati disponibili, riferiti all'anno 2015, trasmessi dall'osservatorio nazionale ALPI al parlamento (http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=55632), dai quali si evince che nella nostra regione i medici a rapporto esclusivo che svolgono ALPI sono al di sotto della media nazionale (39% vs 47.8%), e come nessuna delle 4 aziende/ASL, garantisca a questi dirigenti medici, spazi idonei e sufficienti per l'esercizio della stessa (insieme ad Emilia Romagna, Molise, Piemonte). Dalla lettura del rapporto, si scopre inoltre come i ricavi complessivi derivanti dall'ALPI dei dirigenti sanitari nel 2015, siano stati in Umbria 14 milioni di euro, dei quali a carico del personale (dirigenziale e del comparto) poco più di 11 milioni con un saldo netto che non finisce nelle "tasche" dei medici e del personale di supporto, pari a 2 773 000 euro.
Già perché la tariffa della prestazione erogabile in ALPI, non comprende solo il compenso spettante al professionista che fisicamente eroga la prestazione richiesta. E questa è la prima cosa da capire e da raccontare ai cittadini se l'intento di chi vende giornali fosse quello di comunicare e non di propagandare verità più o meno false! E il tetto di 200 euro fissato dalla Regione per la sola visita ambulatoriale, si riferisce alla parcella del medico e non alla tariffa finale pagata dal paziente.
La tariffa finale che il cittadino paga è costruita in ogni singola azienda, in accordo con il professionista interessato, seguendo le linee guida nazionali e regionali ed è previsto, ai sensi dell'autonomia aziendale, che la prestazione erogata in ALPI, abbia tariffa diversa nelle 4 aziende/ASL della nostra regione. Anche questo dovrebbe essere noto a chi redige un articolo sull'argomento, senza insinuare che in tale ambito, sia giungla di prezzi in deroga alle leggi e ai relativi controlli.
Il professionista che eroga la prestazione in ALPI deve destinare il 5% del proprio compenso, ad un fondo che l'azienda dovrebbe utilizzare annualmente per interventi di prevenzione, volti a ridurre le liste di attesa. Deve anche pagare il personale di supporto che eventualmente lo assiste (30 euro/ora) durante lo svolgimento della prestazione richiesta dal paziente. La restante parte della tariffa

pagata dal cittadino e non destinata al personale medico e del comparto per come sopra specificato, è utilizzata secondo percentuali variabili, per risarcire l'azienda dei costi diretti e indiretti sostenuti per la prestazione stessa (40% dell'onorario del professionista se prestazione strumentale o di laboratorio; 10% la sola visita), a pagare l'IRAP e per un 10% dell'onorario del professionista, confluisce in altri due fondi destinati alla perequazione di quei dirigenti medici e sanitari che hanno limitato o nullo accesso all'ALPI e all'incentivazione del personale dirigenziale degli altri ruoli che con la propria attività rende possibile l'ALPI.
Ovviamente l'onorario del personale (medico o di supporto) deve essere inteso al lordo delle ritenute di legge (a seconda degli scaglioni di reddito un medico paga intorno al 40% di IRPEF in aggiunta alle eventuali addizionali regionali e alla percentuale dovuta all'ENPAM).
Spero, cari colleghi di avervi fornito tutti gli elementi necessari per poter rileggere con occhi diversi le quattro pagine del Corriere dell'Umbria del 3 settembre e magari anche gli articoli precedenti che riportavano le parole dell'assessore Barberini proprio sull'attività libero professionale intramuraria. Spero, che l'etica e la deontologia professionale che noi tutti siamo chiamati a rispettare nello svolgimento quotidiano del nostro lavoro, sia perseguita anche dagli altri professionisti, nel rispetto dei relativi ruoli. Perché se è vero che noi garantiamo un diritto costituzionale, è anche vero che i giornalisti garantiscono con il loro operato, il diritto all'informazione e mai quanto oggi v'è bisogno di un'informazione di qualità e non di propaganda che alimenti lotte di classe.
Un'ultima cosa mi sono dimenticata...le perizie medico legali rese a terzi non rientrano tra le prestazioni erogabili in ALPI e sono i direttori generali delle aziende sanitarie che secondo la legge e la DGR 402 del 2014, hanno non solo la facoltà, ma l'obbligo, di sospendere momentaneamente quella prestazione ambulatoriale resa in ALPI se le rilevazioni trimestrali dimostrano che, a parità di condizioni organizzative, di personale, e di domanda di prestazioni specialistiche, si verifica un superamento dei limiti regionali stabiliti come tempi massimi per l'erogazione della stessa in attività istituzionale. E non l'Assessore alla Sanità.
Questo a tutela dei cittadini, dei medici e di un Servizio Sanitario Pubblico Unico Equo ed Universale.

Bibliografia:

1. D.P.C.M. 27 Marzo 2000
2. Ccnl 8/06/2000 art 54
3. Decreto legislativo 28 luglio 2000 n 254
4. Legge 3 agosto 2007 n 120
5. Accordo stato regioni (18 novembre 2010 198/csr e 7 febbraio 2013 49/csr)
6. Decreto legge 13 settembre 2012 158 (decreto balduzzi convertito nella legge 189)
7. Dgr 402/2014
8. Determina dirigenziale 2780 23/3/2017.

PERCHÈ SCEGLIERE I NUOVI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2: UNA QUESTIONE DI "CUORE"?

Giuseppe Murdolo
SC di Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Azienda Ospedaliera S. M. Misericorida, Perugia

Introduzione

Negli ultimi anni le innovazioni terapeutiche introdotte nel campo della diabetologia hanno portato ad una "rivoluzione culturale". Dall'epoca in cui l'offerta terapeutica propinabile ai pazienti con diabete mellito tipo 2 era limitata a due sole categorie di farmaci orali (ovvero biguanidi e sulfoniluree), con eventuale passaggio (di solito al fallimento di tali trattamenti) alla "temuta" terapia multi-iniettiva con insulina, si è progressivamente resa disponibile una serie di nuove molecole, uniche ed interessanti, in grado sia di migliorare differenti aspetti fisiopatologici alla base dell'omeostasi glicemica, che di espletare effetti protettivi sulla comparsa/progressione delle malattie cardiovascolare e renale, le più frequenti e temibili complicanze croniche correlate al diabete mellito.

Questa breve rassegna ha lo scopo di descrivere in sintesi le caratteristiche farmacologiche dei "nuovi" farmaci antidiabetici, focalizzando l'attenzione su agonisti recettoriali del GLP1 e "gliflozine", anche in virtù degli incoraggianti risultati emersi da recenti trials di "safety" cardio-renale.

Il passato recente: gli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4

Gli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DPP4-i), anche conosciuti come "gliptine", hanno rappresentato in ordine la prima vera innovazione terapeutica nella terapia orale del diabete mellito tipo 2. Tali molecole agiscono bloccando l'attività dell'enzima DPP4, prolungando l'azione delle forme biologicamente attive degli ormoni incretinici endogeni con conseguente stimolazione glucosio-dipendente della secrezione insulinica e soppressione del glucagone.

Il primo DPP4-i ad essere commercializzato è stato sitagliptin, seguito in Europa, da vildagliptin e, successivamente, saxagliptin, alogliptin e linagliptin. Sebbene tutte le gliptine si comportino come inibitori competitivi e reversibili della DPP4, i dati oggi a disposizione suggeriscono una certa cautela nel definire tali farmaci una classe terapeutica completamente "omogenea". Esistono importanti differenze strutturali e farmacocinetiche tra le varie molecole in merito a potenza di inibizione dell'enzima, durata d'azione, metabolismo ed eliminazione. In particolare, è possibile distinguere mo-

lecole che mimano la struttura dei substrati della DPP4 (sitagliptin, vildagliptin e saxagliptin) da molecole non peptido-mimetiche (alogliptin e linagliptin). Inoltre, dal punto di vista farmacocinetico e farmacodinamico, la maggior parte delle gliptine sono eliminate dal rene, richiedendo un debito aggiustamento posologico in caso di riduzione della funzione renale. Da ciò differisce linagliptin, che avendo metabolismo prevalentemente epatico, può esser utilizzato senza variazione di dosaggio nei vari stadi di insufficienza renale. Tuttavia, a dispetto di tali differenze, le informazioni ad oggi disponibili, anche se basate perlopiù su confronti indiretti, sembrano dimostrare una simile capacità "glucodinamica" (riduzione di HbA1c) e profilo di sicurezza (neutri sul peso e associate a basso rischio di ipoglicemia) tra le varie gliptine.
Dal punto di vista della sicurezza cardiovascolare gli studi EXAMINE (con alogliptin), SAVOR-TIMI (con saxagliptin) e TECOS (con sitagliptin) non hanno mostrato effetti significativi in termini di aumento o riduzione degli eventi cardiovascolari. Anche se nello studio SAVOR-TIMI è stato osservato un aumentato rischio di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco nei pazienti trattati con saxagliptin (incidenza assoluta 3.5 vs. 2.8%; rischio relativo 27%), si può ragionevolmente pensare che saxagliptin, lontano dall'essere una molecola "cardiotossica", sia un farmaco sicuro se utilizzato in soggetti emodinamicamente compensati, mentre il suo utilizzo in pazienti cardiopatici non in stabile compenso emodinamico andrebbe preferenzialmente limitato o evitato.
L'innovazione terapeutica per i DPP4-i è andata ancora aventi grazie all'impiego di molecole "long-acting", ovvero farmaci a monosommistrazione settimanale (es. tetragliptin ed omarigliptin). In studi clinici controllati l'efficacia di tali DPP-4i settimanali è risultata sovrapponibile a quella delle molecole tradizionali, offrendo tuttavia un miglior impatto sull'aderenza e sulla compliance terapeutica.

Agonisti del recettore del GLP-1

Gli agonisti del recettore del Glucagon-like peptide-1 (GLP-1 RA), sono senz'altro la classe di farmaci più innovativi ed affascinanti utilizzati per il trattamento del diabete tipo 2. Il primo GLP-1 RA approvato a tal riguardo è stato exenatide nel 2006. Da allora il numero di molecole e formulazioni disponibili è ampiamente cresciuto, con l'avvento di molecole molto diverse fra loro per struttura di base e durata d'azione (Tabella 1). Sulla base di tali caratteristiche è possibile suddividere i GLP-1 RA in gruppi differenti. Se si considera la struttura molecolare di origine, essi possono essere distinti come exendin-like (exenatide e lixisenatide) o analoghi dell'ormone GLP-1 (liraglutide, albiglutide, dulaglutide e semaglutide). Se si considera invece la durata d'azione (da cui dipende anche la frequenza di somministrazione) essi si dividono in "short-acting" o "prandiali", quali exenatide e lixisenatide, o long-acting, quali liraglutide (monosomministrazione giornaliera), exenatide long-acting realese (LAR),

albiglutide, semaglutide e dulaglutide (monosomministrazione settimanale). Tali farmaci dimostrano un importante effetto glucodinamico. Tuttavia l'entità di riduzione dell'emoglobina glicata non è equivalente fra le differenti molecole della classe, risultando maggiore per liraglutide rispetto a exenatide ed albiglutide, sovrapponibile fra liraglutide e dulaglutide e maggiore per semaglutide rispetto a dulaglutide. Inoltre, mentre le formulazioni "short-acting" ("prandiali") sembrano garantire un miglior controllo delle escursioni glicemiche post-prandiali, anche per l'effetto di rallentamento dello svuotamento gastrico, le formulazioni "long-acting" si associano ad una maggiore riduzione della glicemia a digiuno (seppur riducano le escursioni glicemiche post-prandiali). Anche gli effetti sul peso corporeo non sono sovrapponibili fra le varie molecole della classe: il calo ponderale ottenuto con liraglutide (unico farmaco ad oggi approvato per il trattamento dell'obesità) appare maggiore rispetto ad exenatide LAR, albiglutide e dulaglutide, mentre liraglutide ed exenatide sembrano avere effetti simili. Recenti dati di confronto diretto dimostrano un maggior impatto sul controllo glicometabolico e sul peso corporeo della semaglutide settimanale rispetto alla dulaglutide settimanale.

Gli eventi avversi più frequentemente osservati con i GLP-1RA sono i disturbi gastrointestinali, in particolare nausea, vomito e diarrea. Tuttavia, l'incidenza di tali effetti risulta differire tra le varie molecole della classe. La nausea, ad esempio, compare meno frequentemente con exenatide LAR rispetto ad albiglutide, exenatide bid e liraglutide. Dulaglutide si associa meno frequentemente a diarrea, mentre la comparsa di nausea e vomito è sovrapponibile a quella di liraglutide. Entrambe le formulazioni di exenatide e albiglutide determinano reazioni nel sito di iniezione con maggior incidenza rispetto a liraglutide e dulaglutide. Non da ultimo sono da segnalare le differenze emerse tra i vari analoghi sulla "safety" cardiovascolare. Partendo dal concetto che i diversi studi in cui è stata testato l'impatto cardiovascolare differiscono profondamente per disegno e popolazione arruolata, i dati ad oggi disponibili dimostrano la sicurezza (ovvero l'assenza di effetti negativi e/o positivi) per quanto riguarda lixisenatide (studio ELIXA) ed exenatide LAR (studio EXSCEL). Al contrario, per la liraglutide e la semaglutide, rispettivamente nello studio LEADER e SUSTAIN-6, è emerso un significativo impatto clinico sulla riduzione dell'end-point composito cardiovascolare (ovvero Major Cardiovascular Event o MACE), rappresentato dall'insieme di morte cardiovascolare, infarto e ictus non fatale. Tale riduzione è stata del 13% per liraglutide, ed è stata guidata principalmente dalla riduzione del 22% della morte per cause CVD. La semaglutide ha invece ridotto il rischio di MACE del 26%, ma tale effetto è stato "trascianto" dalla riduzione di circa il 40% del rischio di ictus non fatale. Liraglutide inoltre ha anche determinato una riduzione del 22% di comparsa di insufficienza renale.

In conclusione, i GLP-1 RA rappresentano una importante arma terapeutica particolarmente idonea in quella categoria di pazienti con diabete tipo 2, soprattutto con fenotipo obeso/sovrappeso che, oltre al miglioramento del compenso glico-metabolico ed al calo ponderale, necessitino di trattamenti con documentati benefici sul versante cardiovascolare. I risultati dei trials ad oggi disponibili lasciano dedurre che la protezione cardio-renale ottenuta con questi farmaci non possa esser tuttavia considerata un "effetto di classe". Occorre quindi saper selezionare la "giusta" molecola per il "giusto" paziente.

Inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio (SGLT) o "gliflozine"

Gli inibitori del trasportatore renale del glucosio (SGLT inhibitors) o "gliflozine" sono una nuova classe di farmaci a somministrazione orale, che esercitano la loro azione a livello renale. In presenza di iperglicemia, il rene riesce ad adeguare la sua capacità riassorbitiva nei confronti del glucosio filtrato attraverso una sovraespressione di specifici cotrasportatori del sodio e glucosio denominati sodium-glucose transporter (SGLT) tipo 1 (SGLT1), ed in parte di tipo 2 (SGLT2). Solo quando la glicemia supera la soglia di saturazione di tali co-trasportatori (pari al valore glicemico di circa 180 mg/dL), compare la glicosuria. Le gliflozine promuovono l'escrezione renale di glucosio inibendo in maniera selettiva tali cotrasportatori SGLT a livello del tubulo prossimale renale. Tuttavia recenti ricerche dimostrano come l'espressione di tali cotrasportatori oltre a livello renale si rileva anche a livello miocardico. Il principale vantaggio in termini clinici offerto dalle gliflozine è quello di agire attraverso un meccanismo indipendente dall'insulina, il che può fornire un beneficio aggiuntivo e complementare alle altre terapie anti-iperglicemizzanti. Condizione essenziale per la loro efficacia terapeutica è, ovviamente, la buona funzione renale, che permette l'instaurarsi della glicosuria.

Gli inibitori SGLTs hanno una struttura molecolare molto simile, così come caratteristiche farmacocinetiche simili con un rapido assorbimento per via orale e un'emivita sufficientemente lunga da garantirne la mono-somministrazione giornaliera (Tabella 2). In assenza di studi di confronto testa a testa, l'efficacia glucodinamica dei singoli componenti di classe valutata tramite confronto indiretto dimostra poche differenze fra i vari SGLT2-i, anche se canagliflozin (inibitore combinato SGLT2 ed SGLT1) sembra mostrare una maggiore riduzione di HbA1c alla dose di 300 mg. Questi nuovi farmaci sono comunque stati efficaci nel ridurre l'HbA1c (decremento medio da -0.5 a -1.2 punti percentuali) sia in monoterapia che in associazione a metformina, pioglitazone o glimepiride, con basso rischio di ipoglicemia. Anche in associazione con l'insulina riducono significativamente i livelli di HbA1c, con diminuzione degli episodi ipoglicemici e del fabbisogno insulinico giornaliero. L'efficacia glucodinamica delle gliflozine si mantiene ("durability") per almeno due anni dall'inizio del trat-

tamento. Le molecole di tale classe hanno altresì indotto perdita di peso (circa 3-4 kg), con preferenziale riduzione di massa grassa addomino-viscerale. Il trattamento sembra infine associarsi anche a riduzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica, dell'uricemia, nonché fornire una protezione cardiovascolare indipendente dalla perdita di peso.

Gli effetti indesiderati, rappresentati dalle infezioni genito-urinarie, da episodi di ipotensione posturale e, soprattutto, da segnalazione di casi di chetoacidosi (soprattutto in soggetti insulino-trattati), sono condivisi dall'intera classe di farmaci. Per il canagliflozin è stato inoltre segnalato un maggior rischio di fratture e, recentemente, un aumento del rischio di amputazioni in prevalenza a livello delle dita del piede o metatarsali. Questo rischio è stato confermato dai risultati di un recente trial cardiovascolare, il CANVAS, con un aumento del rischio di circa due volte rispetto al gruppo di confronto. CANVAS ha confermato, nell'insieme, i risultati di un altro grande trial di safety CV con empagliflozin, ovvero EMPA-REG OUTOCOME. Con quest'ultimo trial era stata osservata una riduzione significativa del 14% del rischio per l'endpoint combinato MACE a 3-punti (mortalità CV, infarto miocardico e ictus non fatali) sostanzialmente sovrapponibile a quanto riportato in CANVAS. Alcune differenze tuttavia emergono dal confronto tra i due studi soprattutto per quanto riguarda la mortalità CV che, nel caso di EMPA-REG risultava ridotta del 38% mentre marginale è risultata la riduzione osservata in CANVAS. Queste differenze potrebbero in parte riflettere le diverse caratteristiche delle popolazioni dei due studi, piuttosto che delle molecole impiegate. Nel loro insieme i risultati dei due studi sembrano delineare un certo grado di equivalenza tra empagliflozin e canagliflozin, suggerendo un "effetto di classe" delle gliflozine sulla prevenzione di eventi CV. Questa ipotesi appare suffragata dai risultati di un recente studio basato su registri clinici di 6 diverse nazioni (studio CVD Real) i cui dati dimostrano che il trattamento con SGLT2-i senza specifica del tipo, comporta una riduzione del 46% del rischio di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca e morte.

L'apparente efficacia in termini di cardioprotezione evidenziata da tali molecole è forse meglio espressa dal Number Needed to Treat (NNT), cioè dal numero di pazienti che occorre trattare per un dato periodo di tempo per prevenire un evento. In EMPA-REG il "NNT" era di 39 pazienti per tre anni (ovvero 117 pazienti per anno per prevenire un evento). Questo numero è particolarmente interessante alla luce del fatto che la maggioranza dei soggetti reclutati aveva già in atto un efficace trattamento dei maggiori fattori CV.

Oltre alla safety CV, lo studio EMPA-REG ha dimostrato che il trattamento con empaglifozin era associato a una riduzione del 39% del rischio renale ovvero di un end-point composito rappresentato da progressione a macroalbuminuria, raddoppio della creatininemia e filtrato glomerulare stimato ≤45 mL/min per 1.73m2, ini-

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
PERUGIA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

06129 PERUGIA – VIA SETTEVALLI, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012

IL/LA SOTTOSCRITTO/A_____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DELEGA

IL/LA DOTT./DOTT.SSA_____

A PARTECIPARE ALL'**ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNNUALE** DEGLI ISCRITTI ALL'**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**.

DATA_____

FIRMA

_____

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

06129 PERUGIA – VIA SETTEVALLI, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012

Perugia, lì 24 ottobre 2018

Prot.**4036** Allegati
Rif. N. del

A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI PERUGIA
- LORO SEDI -

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,

in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 23 1° comma del D.P.R. N. 221 del 05/04//50, è indetta

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.
Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131 il giorno sabato 15 dicembre 2018 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

DOMENICA 16 DICEMBRE 2018 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

1°) Approvazione Conto Consuntivo 2017, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2018, Approvazione Bilancio Preventivo 2019 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
2°) Relazione morale del Presidente.
3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza", "Luigi Balducci", "Fabio Giaimo", "Ugo Mercati".
5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott. Graziano Conti)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
PERUGIA

zio del trattamento renale sostitutivo o morte per malattia renale), sia della comparsa o peggioramento della nefropatia e progressione della malattia renale nei pazienti con DT2 e malattia cardiovascolare.
Le basi fisiopatologiche che sottendono gli effetti protettivi cardio-renali degli SGLT2 i sono molteplici e per brevità sono riassunti nella Tabella 3.

Conclusioni

Le conoscenze acquisite dalla mole di dati emersi offrono differenti spunti di riflessione.
Primo, di fronte ad un paziente diabetico non è più possibile pensare di agire in modo "stereotipato" somministrando lo stesso farmaco (orale o iniettivo che sia) a "tutti" solo sulla base di algoritmi che, sebbene ci vengono da tempo propinati, presentano efficacia ed impatto opinabili nella "real life". Il trattamento va senz'altro individualizzato ("medicina di precisione") e finalizzato al controllo non solo della glicemia ma anche, e soprattutto, ai contestuali fattori di rischio cardio-renale.
Secondo, il controllo della glicemia non è più una condizione sufficiente per prevenire la mortalità cardiovascolare. L'enfasi su tale punto si pone allorquando si deve ottimizzare il trattamento di un paziente che ha già avuto un evento CV o con malattia renale in atto. I benefici degli inibitori di SGLT2 e dei GLP1-RA (liraglutide e semaglutide) sul versane cardio-nefro-protettivo sono stati osservati in presenza di modeste differenze del controllo glicemico rispetto al placebo. Si tratta pertanto di effetti verosimilmente dovuti a modifiche di funzioni fisiologiche indipendenti dal livello di glicemia.
Terzo, la scelta o l'aggiunta di un farmaco "innovativo" alla terapia sottostante deve prevedere l'utilizzo di molecole con comprovata efficacia sulla protezione cardio-renale. Tali farmaci vanno quindi considerati come "standard" di trattamento anche se il paziente con diabete mellito tipo 2 (ad elevato rischio CV "ante litteram") presenta un (apparente) adeguato controllo glico-metabolico. I risultati dello studio LOOK-AHEAD ci dimostrano incontrovertibilmente come nel paziente diabetico anche la correzione rigorosa dei fattori di rischio con lo stile di vita non sia sufficiente per ridurre la mortalità per cause CV. Ciò non implica che la terapia "comportamentale" non debba far parte del corredo terapeutico della malattia diabetica, ma la riduzione della mortalità CV richiede "una marcia in più". I farmaci ad oggi disponibili con documentati benefici cardiovascolari sono, in prevenzione primaria e secondaria, la metformina, in prevenzione secondaria, pioglitazone, empagliflozin, canagliflozin, liraglutide e semaglutide, rispettivamente.
Quarto, la "neutralità" da parte di molecole quali i DPP4-i o alcuni GLP-1 RAS (es. lixisenatide o exenatide) sulla mortalità CV lascia comunque spazio terapeutico all'utilizzo di tali molecole, in quanto non è da escludere che gli effetti "pleiotropici" dimostrati sperimentalmente sul versante vascolare, potrebbero richiedere tempi di laten-

za più prolungati per determinare effetti clinicamente rilevabili. Di fronte a questo variegato panorama abbiamo come medici l'obbligo "morale" di conoscere e sapere. Il sapere è conoscenza, ed il desiderio del sapere spinge e deve spingere ognuno di noi a fare scelte sensate. "Considerate la vostra semenza: fatti non foste a viver come bruti, ma per seguir virtute e canoscenza" (Dante Alighieri, Divina Commedia, Inferno Canto XXVI).

Tabelle

Tabella 1: *confronto fra gli agonisti del recettore del GLP-1 (GLP1-RA)*

	GLP1-RA SHORT-ACTING	GLP1-RA LONG-ACTING
Molecole	*Exenatide Lixisenatide*	*Exenatide LAR Liraglutide Albiglutide Dulaglutide*
Emivita	*2-5 ore*	*12 ore – diversi giorni*
Modalità di attivazione del recettore	*Intermittente*	*Continua*
Effetti:		
Riduzione glicemia a digiuno	*Modesta*	*Marcata*
Secrezione di insulina a digiuno	*Nessun effetto*	*Stimolazione*
Secrezione di glucagone a digiuno	*Riduzione lieve*	*Riduzione marcata*
Escursione glicemica postprandiale	*Riduzione marcata*	*Riduzione modesta*
Secrezione di glucagone postprandiale	*Riduzione marcata*	*Riduzione lieve (?)*
Secrezione di insulina postprandiale	*Riduzione*	*Stimolazione*
Svuotamento gastrico	*Rallentamento marcato*	*Rallentamento modesto*
Riduzione media attesa di HbA1c	*-0.6 / -1,2%*	*-0.9/ -1.6%*

Tabella 2. *Caratteristiche degli SGLT2-inibitori*

	EMPAGLIFLOZIN	*DAPAGLIFLOZIN*	*CANAGLIFLOZIN*
Metabolismo	Renale ed epatico 50:50	Principalmente epatico 97:	Principalmente epatico
Assorbimento	Orale	Orale	Orale
Regime	Monosomministrazione giornaliera	Monosomministrazione giornaliera	Monosomministrazione giornaliera
Dose	10 mg e 25 mg	5 mg e 10 mg	100 mg e 300 mg
Selettività verso SGLT1	1:2500	1:1200	1:414
Escrezione di glucosio	70□90 g/die	18□62 g/ die	~70 g/ die

Tabella 3. *Possibili meccanismi di "nefroportezione" delle gliflozine.*

Effetti Indiretti	*Effetti Diretti*
Miglioramento del controllo glicemico	*Riduzione della tubulo-tossicita del glucosio*
Riduzione della pressione arteriosa	*Riduzione dell'iperfiltrazione*
Riduzione del peso corporeo	*Riduzione della pressione intraglomerulare*
Riduzione dell'insulinemia	*Prevenzione dell'ipertrofia tubulare*
Riduzione dell'uricemia	*Azione sul sistema renina angiotensina*
Aumento della sensibilita insulinica	*Riduzione della calcolosi renale*

Bibliografia

1.Cefalu WT, Riddle MT SGLT2 Inhibitors: The Latest "New Kids on the Block"! Diabetes Care 2015;38:352-354;

2.Sesti G, Bonadonna R, Bonora E, Fioretto P et al Inibitori SGLT2 e protezione cardio e nefrovascolare: quail meccanismi?. Il Diabete 2017; 29:95-123;

3.Drucker DJ The cardiovascular biology of glucagon-like peptide-1. Cell Metab 24: 15-30, 2016;

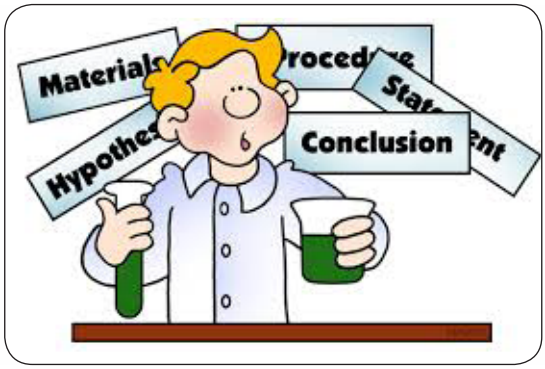
4.Meier JJ. GLP-1 receptor agonists for individualized treatment of type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Endocrinol 8: 728-742, 2012;

5.Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, Mattheus M, Devins T, Johansen OE, Woerle HJ, Broedl UC, Inzucchi SE; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2015; 373: 2117-2128;

6.The Look AHEAD Research Group Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes N Engl J Med 2013; 369:145-154;

7.Sesti G, Avogaro A, Russo GT Nuove prospettive nel trattamento delle complicanze cardio-nefro-vascolari associate al diabete tipo 2. Il Diabete; 2017; 29:1-35;

8.Bonora E, Bossi A, Bruttomesso D et al. Farmaci ipoglicemizzanti, malattie cardiovascolari e renali. Position Statement SID, 2017



METODOLOGIA IN CLINICA: ESISTE ANCORA?

Mario Timio[1], Anteo Di Napoli[2], Francesca Timio[3] e Giuseppe Quintaliani[3]

[1] Dipartimento di Medicina interna e Nefrologia Ospedale di Foligno

[2] Direttivo Società Italiana di Nefrologia

[3] S.C .Nefrologia, dialisi e trapianto Azienda Ospedale di Perugia

I PARTE

Epistemologia in medicina

Molti anni fa, senz'altro fino al 1968, l'insegnamento di *Metodologia Clinica* era inserito nella disciplina di Patologia Speciale Medica.

Lo stesso insegnamento è rimasto per qualche anno nella Semeiotica Medica.Poi nulla più.

Con l'avvento delle specialità o superspecialità l'insieme delle *Metodologia Clinica* si è sfilacciato in tanti rivoli non comunicanti con il risultato che il neo medico sa ben poco del metodo clinico e raramente ha l'occasione nella sua pratica professionale di approfondirne i contenuti.

Eppure il metodo è tutto nella scienza e nella medicina in particolare.

È un vero paradosso pensare che mentre la clinica sembra fare a meno della metodologia, avanza velocemente la spinta della moderna epistemologia la quale argomenta che non può esserci progressione scientifica, e quindi clinica, senza regole metodologiche di stampo epistemologico.

Ma quale epistemologia, intendendo per epistemologia quella disciplina che mette in luce i fondamenti logici del pensiero scientifico?

Sembrerà un paradosso, ma negli ultimi decenni che si è interessato direttamente di epistemologia della clinica sono stati due filosofi Massimo Baldini e Dario Antiseri.

Il primo ha stilato un libro proprio sulla "Epistemologia contemporanea e Clinica medica", il secondo ha incluso nella "Teoria Unificata del metodo" un capitolo sulla "Epistemologia e teoria della diagnosi clinica".

Ma attenzione! L'epistemologo è ben consapevole che se vuole affinare le sue reti di teorie non può fare a meno di ricercare la collaborazione degli storici della scienza e della medicina, degli scienziati dei medici.

Da questa collaborazione l'epistemologo prende consapevolezza di quanto complesso ed incerto sia il cammino dell'uomo di scienza, di quanto cioè l'avventura di far scienza sia incerta ed insicura. E l'uomo di scienza trae vantaggio dall'epistemologia in termini di prospettiva ermeneutica che da essa è possibile estrarre.

L'epistemologo può far sì che lo scienziato veda illuminati di luce nuova dati già appurati, può fargli puntare l'attenzione su aspetti mai diversamente notati di fatti già da tempo conosciuti o addirittura può spingerlo a ricercare dati che altrimenti non avrebbe mai preso in considerazione.

In altre parole, la epistemologia propone grammatiche - di - lettura, grammatiche che hanno permesso di leggere, cioè di sistemare in un certo modo i dati storici che di volta in volta venivano portati alla luce.
Qual è stato il contributo dei clinici nell'elaborazione della medicina basata sulla epistemologia?
Diciamo non rilevante, anche se alcuni di loro hanno anticipato i tempi con il precoce riconoscimento dei principi epistemologici in clinica.
Giuseppe Giunchi (1915-1987), clinico prima alla Università di Perugia, poi alla Sapienza di Roma, è stato uno dei più convinti assertori della felice accoppiata epistemologia - clinica.
Intanto è stato lui a dissipare l'incallita confusione tra metodologia a metodiche.
"Non si tratta - dice Giunchi - di un gioco di parole, ma di fondamentale distinzione di concetti, in quanto le metodiche si riferiscono ai procedimenti tecnici di vario tipo (biochimici, istopatologici, immunologici, strumentali, ecc.) impiegati per lo studio del caso o del problema clinico, mentre la metodologia riguarda le operazioni logiche che il medico compie per giungere alla formulazione della diagnosi e alla prescrizione della terapia.
Pertanto, mentre le metodiche necessariamente variano per ogni singolo problema clinico, la metodologia invece dovrebbe rimanere costante, pur in presenza dei più diversi contenuti, propri dei singoli casi o quesiti clinici".
Quindi la metodologia della clinica riguarda le operazioni logiche che il medico effettua per giungere alla formulazione della diagnosi e alla conseguente prescrizione terapeutica.
Ma quali sono queste operazioni logiche?

Limiti del metodo induttivo nella diagnosi clinica

La tradizione ha per secoli sostenuto che tali operazioni sarebbero equivalenti di quello che si chiama procedimento induttivo articolato in questi cinque punti:
1. osservazione sistemica e catalogazione dei fatti che costituiscono l'oggetto di studio o di indagine;
2. formulazione di un'ipotesi interpretativa;
3. deduzione delle conseguenze dell'ipotesi;
4. verifica della concordanza delle conseguenze dell'ipotesi;
5. accoglimento o rigetto dell'ipotesi.
Questa è la cinquina su cui si basa il metodo induttivista.
Al di là della sua apparente plausibilità il metodo induttivista di baconiana memoria non regge ad un'analisi più approfondita. E non regge poiché non è vero che la medicina si risolva in osservazioni che andrebbero a riempire la tabula rasa di cui parla Bacone.
Non è vero che il clinico inizia le sue indagini con delle osservazioni pure. Il clinico va sempre ad osservare con un fascio di teorie, conoscenze e congetture nella sua testa che non è quindi una tabula rasa ma una tabula plena. Plena di che cosa? Della memoria medica in cui si intrecciano teorie fisiche, chimiche, biologiche, e le loro applicazioni nella soluzione di quei problemi che sono le malattie; una memoria carica di casi, e per i quali certe "osservazioni" sono sintomi e segni in funzione di determi-

nate teorie escogitate e provate per risolvere problemi precisi. Il clinico non osserva "tutto" ma va a caccia di "tutte" quelle osservazioni "rilevanti per il caso", cioè dati, sintomi e segni collegabili al problema che gli si pone di fronte.
Il medico allora, come ogni altro ricercatore, è un risolutore di problemi. E dai problemi egli inizia.
Se si vuole inizierà anche dalle osservazioni, ma queste osservazioni saranno sempre osservazioni problematiche.
Osservazioni che gli narrino qualche pezzo di storia della malattia del suo paziente. Se a un nefrologo si presenta un nefropatico con dolori precordiali intensi non correlati allo sforzo la sua tabula plena si accende per un diagnosi di pericardite uremica.
Pone il fonendoscopio sul torace e rileva sfregamenti pericardici, lo sottopone ad un'indagine ecocardiografica e la diagnosi viene confermata.
L'anamnesi, (nefropatia di base), i sintomi (dolore precordiale), i segni (sfregamenti pericardici), il reperto strumentale ecocardiografico sono elementi rilevanti per la congettura diagnostica formulata dal nefrologo, sono la base osservativa della medicina clinica, ma solo la base non è tutto l'edificio. L'edificio è dato dall'apparato teorico, e la base è in funzione della conferma o della smentita diagnostica.
In questo caso la pericardite uremica. Dunque non dobbiamo confondere l'edificio con la base, cioè quella ipotetica ri-costruzione storico situazionale che è la diagnosi con i "documenti" che servono a provare, cioè a infirmare o a sostenere la diagnosi medesima.
La diagnosi è quindi un procedimento esplorativo che avanza per congetture e confutazioni.
Congetture sulla eventuale causa di sintomi morbosi (nel nostro caso la sindrome uremica); eventuali confutazioni di queste congetture ad opera di elementi osservativi costituiti, come riportato, da dati anamnestici, ascoltazione cardiaca, reperti ecocardiografici.
La ricerca della diagnosi giusta non differisce allora dalla spiegazione di problemi in fisica o in biologia, In entrambi i settori si tratta di risolvere problemi. E come si possono risolvere problemi, se non costruendo congetture per poi metterle alla prova?
Ma la congettura per definizione è un processo immaginativo, è la costruzione di una ipotesi che attende di essere vagliata e sottoposta a critica, cioè a controllo sperimentale e questo episodio di pensiero appartiene alla logica e della logica fa uso.
La logica ci insegna che di fonte al problema è necessario mettere alla prova l'ipotesi, che può essere giusta o errata, e se è errata viene formula un'altra fino a quella giusta e quindi alla diagnosi corretta. In questo modo, forse inavvertitamente siamo scivolati nello schema del metodo scientifico suggerito dalla attuale trinomio epistemologica: problemi - teorie - critiche. Tipica del metodo ipotetico deduttivo che è l'oggetto del resto di questa trattazione.

Quando l' observatio et ratio non è sufficiente

Come accennato, la diagnosi classica, quella che attraverso i secoli è giunta ai giorni nostri, si è basata essenzialmente sull'observatio et ratio.

Osserva e ragiona è stato il binomio che ha influito per secoli il metodo diagnostico dei clinici i quali nel loro insegnamento ripetutamente hanno insistito che l' "ars medica est tota in observationibus".
Più l'osservazione è accurata, minuziosa e attenta più precisa sarà la diagnosi, costruita attraverso un lavoro di "finissima induzione".
Il metodo induttivo noto già dalla filosofia post-aristotelica, viene enfatizzata d Francesco Bacone (1561-1626), il quale pur essendo di fatto il fondatore della rivoluzione scientifica, asserisce che il procedimento induttivo è ben funzionale alla "nuova scienza". Tuttavia il passaggio dal singolo all'universale, dal noto all'ignoto, dal particolare al generale-quale è appunto l'induzione - con il fluire del tempo genera fenomeni di rigetto da parte di filosofi e clinici. Tra i filosofi è stato David Hume(1711-1776) a portare una serrata critica al metodo induttivi sta in questi termini: "tutte le influenze tratte dall'esperienza suppongono come loro fondamento che il, futuro assomiglierà al passato e che poteri simili saranno uniti a simili qualità sensibili. È impossibile dire che argomenti tratti dall'esperienza possano trovare la rassomiglianza del passato con il futuro, giacchè tutti gli argomenti sono fondati sulla supposizione che di quella rassomiglianza".
Sul fronte clinico Zimmermann pur sforzandosi di fondare una metodologia nuova ribadisce che il fondamento della medicina deve essere la "vera esperienza", ove l'osservazione costituisce il fulcro del metodo clinico.
Tuttavia Zimmermann avverte che chi di fronte ad un problema clinico non sa dove abbia ad indirizzare i suoi sguardi, chi non ha l'arte di vedere come va, e di riflettere sopra ciò che ha veduto, ed anche se ha visitato diecimila malati, trovasi con tutto questo tavola rasa nella medicina."
La vera esperienza dipende principalmente dalla testa di chi vuol esperimentare o di chi deve diagnosticare".
Nel frattempo tra i clinici c'è chi vuole portare avanti il discorso di Zimmermann, ma depurato delle scorie induttiviste. Tra gli italiani si segnala per la sua crociata antiinduttivista il clinico medico Maurizio Bufalini, il quale seppure animato da buone intenzioni, si porta dietro il mito baconiano quando afferma che "l'esperienza si compone di due elementi, dell'osservare con precisione e nitidezza i fatti, e dell'esaminare e scoprire con diligenza tutte le reciproche relazioni e attinenze". Chi ha le idee più chiare è Claude Bernard che nel delineare la scientificità del metodo sperimentale, introduce l'atto della concettualizzazione nell'atto medico. Ed è subito una svolta rivoluzionaria. Egli asserisce che l'empirismo può servire ad accumulare fatti, ma giammai a costruire la SCIENZA e la medicina."
Lo sperimentatore che non sa che cosa ricerca non potrà comprendere ciò che trova".
Lo sperimentare o il clinico deve ave-

re qualcosa in testa quando fa ricerca o diagnosi e questo qualcosa sono le teorie. Con Bernard cade quindi definitivamente il mito della tabula rasa.

Diagnosticare significa ri - conoscere

Prosegue la linea di Bernard, il clinico italiano Augusto Murri (1841-1932) che ai primi del'900 introduce una metodologia diagnostica che rappresenta un punto di riferimento per tutti i medici di ieri, oggi e di domani."

Il segreto per riuscire nell'esercizio della medicina - suggerisce Murri - non sta tutto nell'acquisto di un grande sapere, né nell'aver veduto un gran numero di malati.

Queste sono due condizioni certamente utilissime ma il più essenziale sta nel loro intermedio, ossia nella facoltà di applicare le nozioni acquisite ad ogni singolo caso.

Malgrado le conoscenze che il medico ha sui vari aspetti della medicina, tuttavia messo davanti a un malato spesso si trova smarrito".

E ciò perché- è sempre Murri a ricordarlo- Conoscere è ben diverso dal riconoscere e qui (in clinica) si deve soprattutto riconoscere"(8).

È questo il punto nodale dell'epistemologia della diagnosi, "la diagnosi è un riconoscimento della situazione che ha portato allo stato morboso, è il riconoscimento della situazione e del modo in cui elementi svariati possono essersi intrecciati ed aver agito gli uni sugli altri fino a condurre a quell'esito che è la malattia. Diagnosticare significa quindi riconoscere.

E ri-conoscere non è possibile se già non si conosce, se non si conoscono le leggi che presiedono il mutevole configurarsi ed intrecciarsi di condizioni singole che conducono a stati patologici".

Le osservazioni cliniche di per se stesse non conducono alla diagnosi, poiché come tutte le osservazioni sono interpretazioni alla luce di teorie. Chi non è in grado di emettere ipotesi di fronte al malato è solo perché è carente di un adeguato sapere-di-fondo, quindi non può giungere ad una diagnosi ragionata.

Nell'esempio del nefrologo sopra citato la diagnosi di pericardite uremica scaturisce dalla costruzione di un'ipotesi che l'esame ascoltatorio e ecocardiografico corrobora, ma che può anche smentire.

Nella logica della "scoperta" diagnostica troviamo i passaggi dell'epistemologia popperiana che a partire dal problema (dolore precordiale), induce a formulare ipotesi (pericardite uremica) e a cimentarla nel campo clinico e strumentale (controllo).

L'insegnamento metodologico di Murri è comunque rimasto afono per circa un trentennio dalla sua morte, cioè fino a quando il clinico medico Enrico Poli rifacendosi completamente all'insegnamento metodologico di Murri, nel 1965 dà alla stampa il primo volume-primo almeno nella letteratura italiana - interamente dedicato alla metodologia medica.

Nel medesimo libro, argomenta Poli: "l'approccio diagnostico alla malattia è largamente influenzato dal nostro equipaggiamento mentale. L'atto del percipi non corrisponde all'iscrizione su una tabula rasa, ma piuttosto all'inserzione di schemi preformati (bagaglio culturale, esperienze passate, casistica cc.) i quali contribuiscono

a configurarlo". Sembra quindi che senza congetture ed ipotesi non si possa avanzare nell'iter diagnostico, se non in modo frammentario, incompleto e fondamentalmente deviante.
Sembra ancora, parafrasando Baldini, che il metodo ipotetico deduttivo applicato alla diagnosi sia attualmente il migliore per far morire le parziali congetture del clinico al posto del proprio paziente.
L'insegnamento di Murri, anche sulla scorta del libro di Poli è stato seguito ed applicato da un discreto numero di clinici italiani: ne cito alcuni, oltre ai già ricordati Giuseppe Giunchi e Enrico Poli: Cesare Scandellari, Giovanni Federspil, Vito Cagli, Mario Austoni, Paolo Raineri.
In ogni modo tutti alla ricerca e all'insegnamento nelle facoltà di Medicina del metodo ipotetico - deduttivo e delle sue applicazioni cliniche e speculative.

Come si giunge alla diagnosi mediante il metodo ipotetico - deduttivo

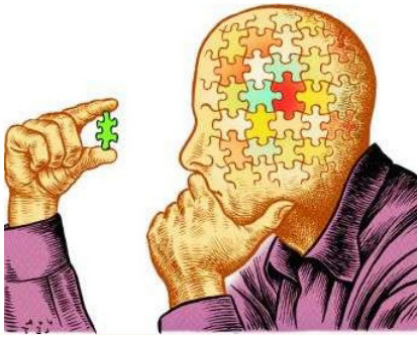
Se la questione del metodo assume nella pratica diagnostica valore di fondamentale importanza per l'atteggiamento mentale del medico di fronte al paziente e le modalità pratiche dello studio clinico, se i metodi che si contendono l'indirizzo sono essenzialmente quello induttivo e quello ipotetico - deduttivo (con spinte intermedie utilizzanti alternativamente alcune fasi dell'uno e dell'altro), analizziamo le varie tappe argomentative che conducono alla diagnosi il medico induttivista e quello ipotetico deduttivo.
Essenzialmente in termini di confronto. Come già anticipato sappiamo che il primo, seguendo anche la falsa - riga caricaturale di Peter Medawar, "sgombra la sua mente da tutti i pregiudizi e preconcetti e osserva attentamente il malato"; ne rileva il colore della pelle e delle mucose, ne palpa il polso, ne ascolta il cuore ed i polmoni, ne prova i riflessi.
Poi procede a indagini laboratoristiche e strumentali.
Da ogni indagine ha una risposta, possiede una prova dei fatti.
Secondo i dati dell'induzione le prove dei fatti vengono classificate, trattate e assemblate"[10].
Una diagnosi potrà allora essere raggiunta attraverso un ragionamento che a rigor di logica, potrebbe in linea di principio essere affidato a un calcolatore elettronico; e tale diagnosi sarà giusta a condizione che la cruda informazione data dei fatti non sia errata o incompleta.
Nel lavoro di questo medico "non vi hanno trovato posto il fiuto, l'intuizione e l'arricchimento delle capacità cliniche dato dalla lunga esperienza".
Il medico ipotetico - deduttivista segue invece un altro iter per giungere alla diagnosi.
Seguiamolo sempre con le parole di Medawar.
"Questo secondo medico osserva sempre il suo paziente con un intento, conun'idea in mente.
Egli si pone delle domande suggeritegli dalla prescienza e da un indizio iniziale; e queste domande dirigono il suo pensiero, guidandolo verso nuove osservazioni che gli diranno se le ipotesi provvisorie che egli va formando sono accettabili o no.
È la persona veramente malata?
La causa,del suo male può essere

stata qualcosa che egli ha mangiato? C'è in giro un virus che attacca le vie respiratorie: può avere attinenza col caso? Oppure può essere il fegato che ha subito un danno grave?
O ancora è il rene che non funziona?"[11].
Il procedimento mentale del secondo medico è completamente diverso da quello induttivi sta.
L'approccio all'osservazione non è causale ma pilotata; quando egli cerca sintomi e segni ha già emesso un'ipotesi diagnostica che la semeiotica fisica e strumentale e i dai laboratoristici
potranno confermare o smentire.
Il suo campo d'azione è più ristretto; la sua indagine è più circoscritta.
Egli non vaga nel buio, ma fa uso della torcia che getta la luce sulla zone che egli focalizza. Se la sua teoria è errata ne emette un'altra e così via in uno "scambio rapido fra un procedimento immaginativo e uno critico, fra una congettura immaginaria e una valutazione critica.
A mano a mano che il procedimento avanza, prende forma un'ipotesi che dà adito alla formulazione di una ragionevole base diagnostica e curativa" [12]

In sintesi la struttura del ragionamento clinico per il medico ipotetico - deduttivista passa attraverso queste fasi:
1. formulazione di una teoria esplicativa del disturbo del paziente sulla base del sapere di sfondo;
2. prova della teoria diagnostica sui fenomeni da osservare;
3.accettazione o rigetto della teoria.

BIBLIOGRAFIA

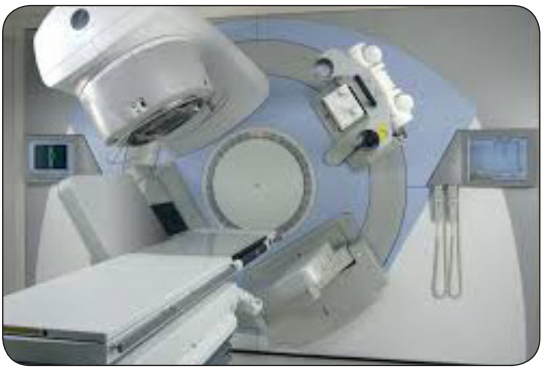
1. Baldini M. Epistemologia contemporanea e Clinica Medica.
Edizioni Città di Vita, Firenze, 1975, 17-23
2. Antiseri D. Epistemologia e teoria della diagnosi clinica, in Antiseri D. Teoria Unificata del metodo, Liviana Editore, Padova, 1981 87- 156
3. Giunchi G. Il problema del metodo nella medicina clinica, in A.A.V.V. Epistemologia, metodologia clinica e storia della scienza medica. Arti Grafiche e Cossidente. Roma, 1977,1-12
4. Timio M. Epistemologia e diagnosi clinica, in A.A.V.V. Nuove immagini per la storia della medicina. Patron Editore, Bologna ,1986, 268- 286
5. Hume D. Opere 2 vol. trad. It. A cura di Lecaldano e coll, Laterza, Bari, 1971,126-140
6. Bufalin M. Delle più essenziali ragioni del metodo clinico. Le Monnier, Firenze, 1874, 67-85
7. Bernard C. Introduzione allo studio della medicina sperimentale, trad. it. Feltrinelli, Milano, 1973,26
8. Murri A. Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e in biologia, Zanichelli,Bolgna, 1972 ,10-11
9. Poli E. Metodologia Medica: Principi di logica e pratica clinica. Rizzoli, Milano, 1965, 40-41
10. Medawar P.B. Induzione e intuizione nel pensiero scientifico, trad. it. Armando Editore, Roma 1971-72



NON CADERE NELLA RETE (IL PERICOLO DEI SOCIAL)

Dott. ssa Verena De Angelis

Il poeta contemporaneo Auden scriveva che "ogni uomo porta con sé uno specchio, unico e inseparabile come la sua ombra". È attraverso lo specchio che ognuno permette all'altro di farsi guardare ed è grazie allo specchio che comunica il proprio sé.
Proprio come l'ombra talvolta lo specchio muta di forma secondo l'incedere del sole e dello sguardo dell'osservatore. È facile che l'immagine riflessa si raccolga su sé stessa, che si allunghi fino ai bordi o che perda i contorni.
Lo specchio è il tramite che abbiamo per farci conoscere dal mondo, è, cioè, le parole che usiamo, i gesti che facciamo e la personalità che mostriamo.
Sempre di più però il luogo della comunicazione tra esseri umani si sta trasferendo su un piano immateriale, dove le frasi non hanno voce e i pensieri viaggiano senza barriere.
I contatti nell'etere ci semplificano la vita, accorciano le distanze e supportano non solo le attività di tutti i giorni, ma anche la ricerca e la terapia.
La comunicazione di oggi ci libera dall'attesa del risultato della partita e delle analisi del sangue, dalla mancanza di un amato lontano e di un farmaco raro. Non di rado però questa forza invisibile ci mostra il suo versante oscuro: la rete è in grado di imprigionare tra le sue maglie ogni riflesso che gli offriamo, anche quando la nostra immagine è deformata dalla rabbia e dall'incoscienza.
La volatilità delle trasmissioni si può tramutare in leggerezza di pensiero e in imperdonabili storture incatenate alla memoria elettronica.
Se gridare parole d'odio contro una persona in carne e ossa ci fa percepire il dolore che provochiamo e desistere, cambiare idea e rimanere umani, trasmettere un pensiero tramite la rete sembra cancellare la sofferenza che generiamo.
L'intelligenza digitale rischia di privarci della nostra coscienza reale, dell'empatia e della sensibilità.
La professione medica in quanto arte volta all'umano e alla sua cura non può permettere di farsi trascinare nel vortice del cinismo e far sì che la propria immagine riflessa sia stravolta e spezzata da una spietata indifferenza.
Come singoli e come categoria è necessario che i medici costituiscano un esempio all'interno della società in cui viviamo e che non si facciano trascinare da espressioni di incontrollato rancore, pena l'identificazione dell'intera professione, già bersaglio di attacchi diffusi, con la sua stessa ombra e non più come un riflesso luminoso.
La strada da percorrere è rischiarata dai buoni esempi di ognuno e dalla costante aderenza al giuramento che l'Ordine non si stancherà di rammentare.



LA RADIOTERAPIA: 120 ANNI DI CURA E RICERCA PER IL MALATO ONCOLOGICO.

Ernesto Maranzano1, Cynthia Aristei2, Fabio Trippa1

Gent.mo Dr. Scarponi,
con molta attenzione abbiamo letto l'articolo *"L'adroterapia: una nuova arma contro il cancro"* del dr. F. Gamuzza pubblicato nel Bollettino dell'Ordine di Medici di Perugia del Febbraio scorso.
Nel ringraziare il dr. Gamuzza per l'interesse che ha dimostrato approfondendo le tematiche riguardanti l'impiego di nuove tecnologie radioterapiche nella cura dei tumori, cogliamo l'occasione per integrare l'argomento con qualche altra considerazione.
In questi ultimi anni sono molteplici i proclami e le aspettative su riviste non specializzate, social o programmi radio-televisivi sullo sviluppo e l'impiego di nuove tecnologie o di nuovi farmici per la guarigione dei tumori.
La Radioterapia Oncologica è una disciplina medica, che impiega l'energia delle radiazioni ionizzanti per inattivare le cellule neoplastiche grazie ad un meccanismo di danno cellulare che rende le radiazioni un vero e proprio "farmaco" specifico e selettivo nella cura dei tumori. L'aumento della dose di radiazioni al tumore ("dose escalation") può migliorare l'efficacia del trattamento stesso in diversi tipi di neoplasie maligne e l'impiego di tecnologie sofisticate permette di limitare la dose ai tessuti sani circostanti il tumore e consente di ridurre la tossicità correlata al trattamento radiante ("indice terapeutico").
Tante sono le aspettative, ma anche tanta la confusione relativamente ai nuovi approcci terapeutici in oncologia al punto che per il malato e per il medico non specialista risulta quasi impossibile orientarsi. Un fatto rimane, la super tecnologia in genere non è la soluzione.
Sono gli specialisti in Radioterapia Oncologica che devono decidere, in base all'obiettivo da perseguire, quale sia l'approccio migliore per ciascun malato (trattamento personalizzato).
La radioterapia conformazionale tridimensionale, definita standard, necessita comunque di una tecnologia avanzata per la sua realizzazione e consente di ottenere un buon controllo della malattia tumorale in oltre la metà dei pazienti trattati come dimostrato da studi scientifici accreditati (Warren, JR et al., Evaluation of trends in the cost of initial cancer treatment, J Natl Cancer Inst. 100: 888-897, 2008). L'utilizzo di tecni-

che radioterapiche innovative che, come sottolineavamo in precedenza, consentono di incrementare la dose di radiazione erogata risparmiando i tessuti sani circostanti, deve essere attentamente valutato non solo per i costi correlati, ma anche perché in alcuni casi non abbiamo ancora prova scientifica che tali nuove tecnologie consentano di migliorare il controllo della malattia e modificare la prognosi dei pazienti trattati.

Dal punto di vista del paziente o del sistema sanitario, il criterio fondamentale per formulare un giudizio sull'opportunità di una determinata scelta terapeutica, è quello dell'appropriatezza clinica, che riguarda ogni atto medico e quindi anche quello del Radioterapista Oncologo (L'Appropriatezza in Radioterapia Oncologica: indicazioni e considerazioni dell'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica - AIRO. www.radioterapiaitalia.it).

La professionalità del Radioterapista Oncologo, quindi, è fondamentale per la scelta del trattamento; lo specialista, infatti, attraverso una valutazione complessiva del singolo paziente definisce l'iter terapeutico e la modalità di realizzazione tecnica della radioterapia integrandola con le altre terapie (chirurgia, chemioterapia...). Le tecnologie più o meno sofisticate istallate nei Centri Italiani di Radioterapia Oncologica (Umbria compresa) rappresentano pertanto solo uno strumento per realizzare un atto medico clinicamente appropriato.

Tra le tecniche radioterapiche innovative possono essere annoverate la radioterapia a modulazione di intensità (IMRT), la IMRT volumetrica (VMAT), la radioterapia guidata dalle immagini (IGRT), la radiochirurgia stereotassica cerebrale ed extracranica. Tutte queste tecniche radioterapiche si avvalgono di apparecchiature denominate acceleratori lineari fra loro equivalenti sebbene qualcuna dal nome più accattivante di altre (es. Cyberknife, Gammaknife, Truebeam).

Adroterapia e protonterapia sono entrambi sinonimi di radioterapia con particelle pesanti (particle therapy). Nel luglio u.s. la rivista Europea di Radioterapia Oncologica ha pubblicato un numero monografico in cui viene ribadita l'importanza della selezione dei pazienti e la necessità di altri studi clinici controllati per meglio definire le indicazioni all'adroterapia. (Special Issue on Proton Therapy, Radiother Oncol. 128(1), 2018).

In Italia esistono 3 Centri in cui si effettua l'adroterapia di patologie selezionate quali i cordomi, i melanomi della coroide, alcuni tumori rari (per i quali vi è un consenso unanime sulla sua appropriatezza ed efficacia) ed alcune patologie tumorali nell'ambito di protocolli sperimentali ben definiti, accettati dalla comunità scientifica ed autorizzati dal Ministero della Salute. Va precisato che in molti casi l'adroterapia non offre vantaggi rilevanti rispetto ad altri trattamenti radioterapici, sempre altamente tecnologici ma sicuramente meno costosi e più fruibili dal paziente.

In conclusione è fondamentale la consapevolezza e la responsabilità da parte del Radioterapista Oncologo e dei suoi interlocutori nell'indicare la specifica modalità radioterapi-

ca o la determinata combinazione di farmaci e radioterapia in ogni singolo paziente, considerando sia l'efficacia della cura sia il suo costo (per il paziente, in termini di effetti collaterali e, per la società, in termini economici). L'interazione fra il medico di medicina generale e gli specialisti oncologi deve essere sempre ricercata e potenziata nella pratica clinica. Ribadiamo infine il ruolo essenziale del paziente che dovrebbe affidarsi ad un giudizio clinico esperto piuttosto che cercare da sé l'apparecchiatura più costosa e moderna disponibile, perché sarà lo stesso specialista a consigliarlo di rivolgersi eventualmente ad un altro Centro qualora lo ritenesse utile per la cura della sua malattia.

Dr. Ernesto Maranzano
Direttore del Dipartimento di Oncologia; Direttore della Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica Azienda Ospedaliera, Terni

Prof. Cynthia Aristei
Sezione di Radioterapia Oncologica Università degli Studi di Perugia Direttore della Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica Azienda Ospedaliera, Perugia

Dr. Fabio Trippa
Responsabile della Struttura Semplice di Radioterapia Clinica Azienda Ospedaliera, Terni

23 agosto 2018

Per conseguire un risultato occorrono competenza ed esperienza.
... In altri termini: il fantino può essere più importante del cavallo!
J.M. Buatti

Risposta ai radioterapisti

Gentilissimi dottori Ernesto Maranzano e Fabio Trippa, gentilissima professoressa Cynthia Aristei. faccio seguito alla Vostra in merito all'articolo del dottor Gamuzza sull'adroterapia, pubblicato sull'ultimo numero di questo Bollettino di cui
Vi ringrazio a nome di tutta la redazione. Ovviamente sono andato a rileggere l'articolo in questione per verificare se ci fosse sfuggito qualcosa.
Soprattutto se le considerazioni di Gamuzza potessero dar adito alla convinzione che in qualche modo venisse favorita l'inappropriatezza e l'accesso del "fai da te" a delle cure che giustamente devono essere gestite dagli specialisti e professionisti del settore.
Anche ad una terza lettura, però, non ho riscontrato alcun elemento che tradisse questa posizione, se non forse un tono un po' troppo celebrativo nel titolo. Comunque sia, ci dispiace se qualcuno invece abbia avuto questa sensazione, ma c'è sempre da considerare che il Bollettino non è una pubblicazione destinata a dei profani, ma a dei medici che hanno senza dubbio una visione professionale del problema. Certo che come dice Gadamer, il filosofo dell'ermeneutica moderna, non esiste mai una lettura neutra di un testo, ma questo viene sempre filtrato dai propri pre-giudizi e pre-concetti (pre nel senso che esistono prima ancora della lettura) e pertanto certe Vostre giustissime considerazioni trovano spiegazione.
Quello che difficilmente trova spiegazione è la metafora del cavallo e del fantino, a meno che non si pensi che il cavallo debba sempre ubbidire al frustino del fantino....ma nessuno potrà mai prevedere la reazione di un cavallo.

Dott. Tiziano Scarponi

SEPARATORI DI AMALGAMA - LA CAO NAZIONALE INTERVIENE E PRECISA

INFORMATIVA SULLE DISPOSIZIONI RELATIVE AI SEPARATORI DI AMALGAMA DENTALE PREVISTE DALL'ARTICOLO 10 DEL REGOLAMENTO (UE) 2017/852 SUL MERCURIO

Il Regolamento UE 2017/852 sul mercurio prevede, all'articolo 10, misure per la gestione sostenibile dell'amalgama dentale in odontoiatria.
A tale proposito, con propria circolare del 6 agosto 2018 n. 0018211 il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del territorio e del Mare – Direzione generale per le valutazioni e le autorizzazioni ambientali – ha richiamato l'attenzione degli interessati su una serie di importanti ricadute applicative della nuova normativa.
Con la presente, sempre concordata con il predetto Ministero, **si intendono fornire una serie di precisazioni relativamente alla tematica in oggetto,** anche in relazione ad alcune interpretazioni non corrette della medesima che pure sono state riprese da organi di informazione specializzati del settore.
In particolare, si ribadisce che **a decorrere dal 1 gennaio 2019,** l'utilizzo di amalgama dentale o la rimozione di otturazioni contenenti amalgama dentale ovvero di elementi dentali con tali otturazioni, devono essere effettuate esclusivamente con l'utilizzo di riuniti odontoiatrici dotati di separatori di amalgama (conformi ai requisiti tecnici indicati nel medesimo Regolamento 852) al fine di trattenere e raccogliere le particelle di amalgama generate dalle attività sopraindicate.
Si specifica che gli studi e le strutture odontoiatriche in cui l'amalgama dentale viene utilizzata e/o rimosso sono obbligati a dotarsi di separatori di amalgama.
In detti studi o strutture è necessario, pertanto, **garantire la presenza di almeno un riunito odontoiatrico dotato di separatore di amalgama;** l'uso e la rimozione dell'amalgama dentale deve avvenire utilizzando esclusivamente la postazione dotata di tale separatore.
Si pregano, pertanto, gli Enti e le Associazioni in indirizzo di dare la massima diffusione possibile alla presente informativa.

Il Segretario Generale
Ministero della Salute

Dott. Giuseppe Ruocco

CASCIA RIPARTE, ANDI È PRESENTE

Dott. Lorenzo Olivieri

Quando a Giugno passato andai a Norcia per il "Raduno Nazionale dei Campanari", l'immagine che si fissò in testa era di una città ferita, coperta di bende e cucita con chirurgica abilità, ma comunque di una città viva. Venivamo da Gubbio, nostro malgrado siamo anche noi preparati ad osservare con cinico distacco quelle ferite: ebbene sotto quelle ferite, come brace nascosta sotto la cenere, era chiaro che una fiamma sta ripartendo e un nuovo fuoco sta per rivivere. **Il 22 Settembre scorso una nuova fiamma si è riaccesa,** non a Norcia, ma poco distante: Cascia.

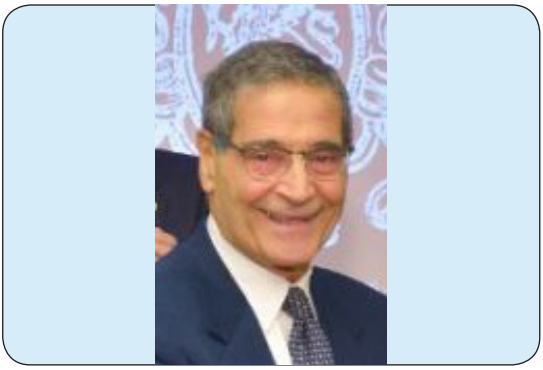
Cascia è ripartita con una nuova struttura, la prima dopo il 2016, destinata alla riabilitazione ospedaliera e alla residenza sanitaria assistita. L'Ospedale era dotato tra l'altro di un polo d'eccellenza nello studio della sclerosi multipla; reso inagibile dal sisma sarà uno dei servizi che ripartirà e di cui gli abitanti di Cascia e della Valnerina potranno usufruire evitando gravosi spostamenti.

Cascia è ripartita dicevo, e **"Cascia riparte"** è stato lo slogan della giornata di festeggiamenti: iniziata con una tavola rotonda sul tema "La riabilitazione come vocazione: esperienza e prospettive della riabilitazione a Cascia", è poi proseguita con l'inaugurazione vera e propria alla presenza di tutte le autorità politiche, religiose e degli sponsor che hanno partecipato al progetto. Miglior conclusione non poteva che essere un concerto-spettacolo svoltosi sul sagrato della Basilica di Santa Rita per festeggiare e anche ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile l'avverarsi di questo traguardo.

Invitata dall'organizzazione, **anche ANDI ha partecipato** sia come persone fisiche sia come sponsorizzazione per la realizzazione dell'evento: **ANDI Umbria e i due Dipartimenti Provinciali di Perugia e Terni hanno devoluto 1500€. ANDI Perugia, con spirito di mutuo soccorso, era intervenuta per aiutare i Colleghi in difficoltà** già immediatamente dopo gli eventi del sisma: quattro erano i Soci che avevano perso lo studio (uno ad Amatrice, due a Cascia ed uno a Norcia) e **quattro furono gli assegni da 5000€ cadauno** che furono fatti pervenire per poter sopperire alle immediate urgenze. **ANDI Umbria di concerto con Fondazione ANDI Onlus, riuscì anche a consegnare un prefabbricato adibito a studio den-**

tistico fully-furnished e permettere ai Colleghi della zona di poter continuare ad offrire il servizio assistenziale per i loro pazienti. Dal 2016 ad oggi tanti piccoli mattoni sono stati realizzati, sono arrivati dalle zone più disparate e dalle persone più disparate, ANDI Umbria e i due Dipartimenti Provinciali di Perugia e Terni hanno voluto partecipare e far sentire la propria presenza.

"Delegazione ANDI Perugia al momento della consegna del contributo al collega di Amatrice, alla presenza del Presidente ANDI Rieti"



IL BOLLETTINO CORRETTO

Nel numero 1/2018 del Bollettino ci sono state segnalate due imprecisioni che riguardano ambedue il professor Giuseppe Abbritti.
Una è relativa alla didascalia delle prime due foto di pagina 34 in cui il cognome del professore è diventato Abretti, l'altra è nel testo a pag. 23 relativo ai colleghi che sono stati festeggiati per il cinquantesimo di laurea ove si riporta che il professore ottenne nel 1967 "il premio in memoria del prof. G. Minniti assegnato dall'Ordine dei Medici di Perugia allo studente ONAOSI miglior laureato dell'A.A. 1966/1967".
Riguardo alla prima segnalazione ci scusiamo dell'errore dovuto probabilmente al correttore ortografico e sfuggito alla correzione delle bozze, mentre per la seconda abbiamo fatto una ricerca nei nostri archivi.
La Borsa di Studio che l'Ordine di Perugia istituì nel 1965, in base ad una deliberazione della assemblea degli iscritti del 10 Maggio 1984, per onorare la memoria del prof. Giuseppe Minniti "perpetuandone il ricordo e l'esempio presso le future generazioni dei Medici della Provincia di Perugia" veniva assegnata secondo quanto stabilito dall'art. 4 del regolamento "ogni biennio, alternativamente: una volta ad un convittore o convittrice, orfano di medico, assistiti nei collegi di Perugia dell'ONAOSI, ed una volta ad un laureato in Medicina e Chirurgia, che abbia conseguito la laurea presso l'Università di Perugia entro i termini di regolare durata dei corsi universitari, da non oltre due anni, e che non occupi posti retribuiti" (Verbale n. 15 del 09/04/1965).
Fu deciso successivamente che la prima borsa venisse assegnata nel 1966 ad un orfano assistito dall'ONAOSI (verbale n. 33 del 17/12/1965) mentre la seconda assegnazione, nel 1968, riguardava i laureati in Medicina e Chirurgia (verbale n. 6 del 26/03/1968). Le quattro domande pervenute furono esaminate dal Consiglio Direttivo nel Giugno 1998 e il premio fu attribuito ex-aequo al dott. Giuseppe Abbritti e al dott. Franco de Rosa (verbale n.10 del 06/06/1968).
L'imprecisione del Bollettino è legata al fatto che pur essendo il premio di quell'anno destinato ai laureati e non ai convittori dell'ONAOSI, ambedue i vincitori erano orfani di sanitari e assistiti dall'ONAOSI.

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

Dal 1^ 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 esprimete il vostro "mi piace" e eventuali commenti e suggerimenti.