



Bollettino

02/2020

**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

indice

- | | | |
|----|--|---|
| 4 | | La dittatura dell'algorithmo |
| 19 | | L'informazione pubblicitaria in sanità |
| 23 | | L'Assemblea annuale: relazione del Presidente |
| 33 | | l'assemblea annuale: relazione del Tesoriere |

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

Sommario

- 3 NUOVO PORTALE
- 4 LA DITTATURA DELL'ALGORITMO
- 7 SPERIMENTAZIONE ENDOSCOPIA
- 10 LA TRAUMATOLOGIA GERIATRICA
- 12 L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA
- 14 STENOSI CAROTIDEA ASINTOMATICA E PLEGIA EMISOMA
- 16 CURARE, GUARDARE. EPISTEMOLOGIA ED ESTETICA DELLO SGUARDO IN MEDICINA
- 17 CONSENSO INFORMATO:
- 19 COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI OMCEO PG PROCEDIMENTI DISCIPLINARI DEGLI ULTIMI 4 ANNI
- 23 RELAZIONE DEL PRESIDENTE
- 33 RELAZIONE DI BILANCIO
- 37 LA CONSEGNA DELLE MEDAGLIE PER I 50 ANNI
- 45 LA CONSEGNA DEL PREMIO DI LAUREA

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

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott. Andrea Donati

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott. Ezio Politi

Presidente

Dott. Antonio Montanari

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Giovanni Battista Genovesi

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Tiziano Scarponi

Dott.ssa Claudia Giannoni

Presidente

Dott. Francesco Giorgetti

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 Motta

Dott. Alfredo Notargiacomo

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Giuseppe Quintaliani

Prof. Fausto Santeusano

Dott. Massimo Sorbo

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it

segretario@ordinemediciperugia.it

uffici@ordinemediciperugia.it

commissioneodo@ordinemediciperugia.it

previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it

Un abbraccio e una preghiera per i medici italiani caduti durante l'epidemia di Covid-19

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia
Ense suusmarlo dello Stato

Cerca...

Home Online Professione Formazione Servizi Online

AREA RISERVATA

"Io medico giuro" →
Al via la nuova campagna di F.N.O.M.I.a.O in omaggio ai medici impegnati contro il Covid-19 e, tutti i giorni, per la "democrazia del bene".
LEGGI TUTTO >

**IO M
GIU
CHE A
IN OG**

Stati Generali dell'Economia →
FINIMECO "PROGETTO RILANCIO"
LEGGI TUTTO >

Prima Iscrizione Online

Autocertificazione

Certificato

Il Bollettino dell'Ordine

Bacheca online

Eventi ECM

Forse non tantissimi avranno notato che il sito del nostro Ordine Professionale è cambiato radicalmente connotandosi come un vero e proprio portale.

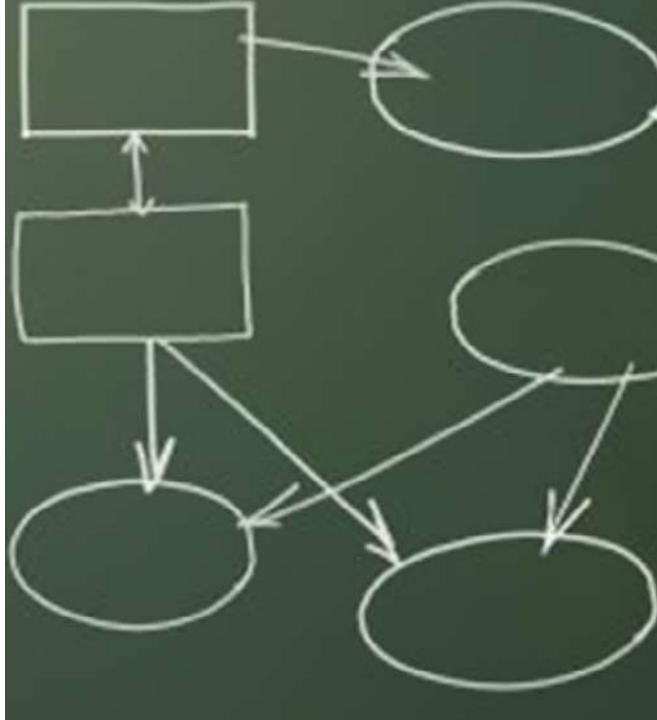
Non è stato fatto solo un cambio di grafica, ma è cambiata del tutto l'impostazione e la filosofia di questo strumento. Oramai la digitalizzazione sta facendo sempre più "irruzione" nella nostra quotidianità (vedi l'editoriale su questo numero) con aspetti positivi e forse anche negativi, ma questa evoluzione è oramai inarrestabile e sempre più insostituibile per rimanere al passo con i tempi. Cosa si chiede infatti ad un sito web? Senza dubbio delle pagine che siano in grado di mostrare informazioni chiare e fruibili in tempi reali, ma anche permettere un'interattività funzionale a certi servizi che devono essere soddisfatti quasi al volo e senza spostamenti da casa o da studio. Vi invito a visitarlo, a registrarvi per poter accedere all'area riservata così potete richiedere e ricevere all'istante il certificato d'iscrizione all'Ordine, autocertificare le vostre specializzazioni o appartenenza ad elenchi professionali. Potete anche visualizzare se siete in regola con il pagamento del contributo per l'iscrizione all'Albo Professionale: io mi sono accorto che quest'anno me ne ero dimenticato.

Ci sono *on line* tutti i numeri del Bollettino e le *News*. Vorremmo insomma, che questo portale diventi un punto di riferimento per tutte le notizie e comunicazioni che il Bollettino non riesce a seguire in tempo reale: apertura di nuovi servizi ospedalieri, nuovi codici del nomenclatore regionale degli accertamenti, novità note Aifa sono le prime cose che mi vengono in mente, ma anche riflessioni su fatti e problemi del momento. Credo sia doveroso concludere questa breve presentazione con l'augurio di buon lavoro a Simone Paffarini che curerà la gestione tecnica del portale.

LA DITTATURA DELL'ALGORITMO

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Sono stato sempre dell'idea che con il passare del tempo accumulando esperienza e conoscenza avrei avuto una vita sempre più tranquilla e con maggiori certezze. Ero convinto che i principi e i valori che avevo ricevuto, soprattutto sulle modalità razionali e tradizionali con cui affrontare la realtà poggiassero su delle fondamenta solide ed indiscutibili tanto che davo quasi per scontato il risultatoma chi poteva immaginare che nel giro di un paio di decenni cambiassero totalmente "i paradigmi" di vita del mondo intero?



Globalizzazione, tecnologia informatica, intelligenza artificiale, *Big Data*, sviluppo delle neuroscienze sono delle parole che sino a poco tempo fa rimandavano, forse, ad una letteratura fantascientifica e in effetti, gli scenari che si stanno delineando sembrano uscire dalle pagine di Asimov o di Nolan.

“La comprensione scientifica del funzionamento dei cervelli e dei corpi suggerisce che i nostri sentimenti non siano unicamente una qualità spirituale umana e non riflettono alcun tipo di libero arbitrio. I sentimenti sono invece processi biochimici che tutti i mammiferi e gli uccelli usano per calcolare velocemente probabilità di sopravvivenza e di riproduzione. I sentimenti non si basano sull'intuizione, sull'ispirazione o sulla libertà-si basano sul calcolo...entro qualche decennio, gli algoritmi di Big Data alimentati da un costante flusso di dati biometrici potranno monitorare la nostra salute ventiquattro ore al giorno tutti i giorni. Potranno determinare l'esatto momento di inizio di malattie come l'influenza, il cancro o l'Alzheimer, molto prima che ci accorgiamo che qualcosa in noi non funziona. Potranno quindi raccomandare trattamenti idonei, diete e terapie quotidiane su misura, in base alla nostra personalità, al nostro fisico e al nostro DNA”.

Credo che queste considerazioni di Y.N.Harari in “21 lezioni per il XXI secolo” (pag 80-83) Bompiani 2019 si commentino da sole . L'autore però non si limita solo a dire questo. Infatti prevede un notevole sviluppo dei sensori biometrici che, applicati sul nostro corpo, avranno la funzione di convertire i processi biologici

in informazioni elettroniche immagazzinate e analizzate dai computer. Pertanto c'è da aspettarsi degli algoritmi che saranno in grado di interferire con tutti i desideri, le opinioni e le decisioni. *“saranno in grado di sapere esattamente chi sei”*.

Certo che se questo si avvererà, ci sono tutti presupposti perché lo sia a breve, la nostra vita e il nostro mondo cambieranno in modo veramente radicale.

Pensiamo solo alle ricadute che questi scenari potranno avere sul nostro lavoro di medici. La prima logica conseguenza sarà quella che gli algoritmi e l'intelligenza artificiale manderanno in pensione forzata la maggior parte di noi: radiologi, dermatologi e anatomopatologi saranno i primi, ma poi con lo sviluppo della robotica spariranno le professioni chirurgiche e poi seguiranno molte altre.

Tutto sarà regolato in modo impeccabile secondo linee guida che saranno applicate con la logica della probabilità calcolata e prevista. Tutto bello e senza problemi? Credo proprio di no.

Evito di addentrarmi in considerazioni sociologiche che esulano dalla mia competenza: la possibilità di hackerare e manipolare le scelte da parte di chi possiede e gestisce i dati. Il rischio di creare una vera e propria “dittatura digitale” soprattutto nelle nuove “generazioni google” di nativi digitali. Credo sarà capitato a tutti noi di vedere come i nostri figli minori quando sono al volante dell'auto si affidino totalmente a Google Maps anche quando un minimo ascolto del proprio senso di orientamento porterebbe in altre direzioni. Quello che voglio dire che dovremo prepararci ad una nuova e per certi aspetti vecchia patologia: la decorporeizzazione. *“Gli esseri umani sono dotati di corpi. Nel corso dell'ultimo secolo la tecnologia ci ha allontanato dai nostri corpi. Stiamo perdendo la capacità di percepire odori e gusti. Mentre siamo assorbiti dai nostri smartphone e computer. Siamo più interessati a ciò che accade nel cyberspazio invece che a quanto sta accadendo a casa nostra. E' facilissimo parlare con mio cugino in Svizzera, ma è difficile parlare con mio marito a colazione, che sta guardando in continuazione il suo smartphone”* (op.cit. pag 127-129). Nessuno sa come evolverà questa nuova dimensione che porta ad estraniarsi dalla realtà reale a favore di quella virtuale. Senza dubbio favorirà un sentimento di alienazione e disorientamento confondendo sempre di più la propria percezione del mio” essere-nel mondo. *Matrix* è dietro l'angolo, potrebbe affermare qualcuno, e senza dubbio per molti potrebbe essere un rischio possibile.

“All'inizio internet era uno spazio nel quale andare, ora è uno spazio in cui essere: una norma universale pervasiva tanto quanto i mezzi di scambio (il denaro), i sistemi di fede (la religione) e i regimi politici (lo Stato). E infatti il web ha più netizens (i cittadini della rete) e più frequentatori di quanti credenti abbia qualsiasi religione. La cyberciviltà si estende lungo i fiumi digitali e i loro affluenti, proprio come la civiltà materiale ha fruito, nella storia, dei corsi d'acqua”. (Connectography: le mappe del futuro ordine mondiale di Parag Khanna, Fazi editore 2016 pag. 461). Anche in questo libro troviamo elementi di riflessione sul ribaltamento dei paradigmi già in

corso e quello che ci aspetterà in un futuro abbastanza prossimo. L'autore parte dalla considerazione che la globalizzazione oramai è un processo inarrestabile e ineluttabile e che la geografia sarà completamente ridisegnata dalla connettività verso le *supply chain* (sistema di organizzazioni, persone, attività, informazioni e risorse coinvolte nel processo atto a trasferire o fornire un prodotto o un servizio dal fornitore al cliente) o più semplicemente infrastrutture.

Connettività sia fisica che digitale che demolisce distanze, usi, costumi e tradizioni di qualsiasi comunità dichiarando la fine di ogni nazionalismo, regionalismo privilegiando il concetto di cittadino del mondo dell'era globale.

Come dobbiamo comportarci di fronte a questi scenari e a questo cataclisma che volenti o nolenti sfiora la mia generazione, ma coinvolgerà appieno quella dei miei figli e nipoti?

La parola d'ordine sia di Harari che di Khanna è resilienza . Resilienza pragmatica aggiungo io, partendo dalla consapevolezza che la *"connettività è diventato il fondamento della società globale e che le persone si connettono con il resto del mondo non attraverso la politica, ma attraverso i mercati e i media"*. Essere resilienti significa capire che l'era del privilegio ereditato è finita e il futuro sarà sull'autosufficienza e non più sui diritti acquisiti anzi, non ci sarà più nessun diritto ad essere ricchi per grazia ricevuta.

Che c'azzeccano queste riflessioni nel "qui e adesso"? Nella nostra quotidianità spesa tra una valutazione clinica di un paziente e l'ascolto della sua narrazione? Tra un disappunto per le lista di attesa e il blocco del server regionale per l'attività del CUP e per la ricetta dematerializzata?

Che senso ha questo editoriale concepito sull'onda dell'emozione e dello sconcerto piuttosto che su un'analisi scientifica consapevole? Non sono in grado di dare una risposta precisa. Forse l'emotività e lo sconcerto mi hanno generato ansia ed angoscia e, come per un paziente che viene in ambulatorio a raccontarci la propria storia di malattia, per il semplice fatto di condividerla con noi, l'ansia e l'angoscia diminuisce, così ho fatto io.



SPERIMENTAZIONE ENDOSCOPIA

DOTT. PASQUALE PARISE
EX DIRETTORE SANITARIO USL UMBRIA 1

Egregio Presidente,

In merito a quanto riportato nell'ultimo numero del Bollettino dell'ordine, nell'introduzione all'articolo dal titolo "Linee guida per l'appropriata prescrizione degli esami in endoscopia digestiva" a firma dei colleghi Massimo Balzana e Mario Berardi, mi piacerebbe che in uno dei prossimi numeri della rivista venissero riportate alcune considerazioni sul problema.

Nell'introduzione all'articolo si fa riferimento ad una delibera della USL Umbria 1 che avrebbe impedito ai MMG di richiedere direttamente l'esecuzione degli esami in questa Branca e si precisa che tale delibera era stata considerata dall'Ordine stessa "inappropriata" e con ricadute anche "deontologiche" significative.

Essendo all'epoca Direttore Sanitario dell'USL 1 vorrei innanzitutto precisare che non vi è stata alcuna delibera ufficiale ma solo un protocollo sperimentale volto a valutare nuove modalità organizzative al fine di risolvere l'annoso problema delle lunghissime liste di attesa per esami endoscopici e di favorire una maggiore appropriatezza; la sperimentazione è stata avviata dopo un attento e serrato confronto con i MMG dell'area Eugubino-Gualdese e con il consenso pressoché unanime degli stessi come facilmente rilevabile dai verbali delle numerose riunioni tenute sull'argomento fra la Direzione ed i MMG.

La sperimentazione delle nuove modalità organizzative, ideate dal sottoscritto e dal responsabile del servizio di gastroenterologia, dott. Lucio Sarpi, e condivise dal Direttore Generale e dal Direttore del Distretto, nasceva dalle seguenti considerazioni, che mi farebbe piacere potessero essere riportate sulle pagine del Bollettino in modo da aprire un proficuo confronto con tutti i colleghi potenzialmente interessati:

1. Nell'ambito della specialistica ambulatoriale una delle aree di maggiore criticità, non solo nella nostra USL, ma su tutto il territorio nazionale, è rappresentato dai tempi di attesa per esami endoscopici;
2. Appare sempre più difficile incrementare l'offerta dal punto di vista quantitativo considerata la ben note difficoltà nel reperire ed assumere



- specialisti gastroenterologi formati e con casistica personale tale da garantire i necessari standard di sicurezza e qualità;
3. Gli esami endoscopici gastroenterologici, ed in particolare la colonscopia, sono esami invasivi e con un frequenza di complicanze gravi, bassa ma non dissimile da quanto si osserva per altri esami invasivi come la coronarografia, l'isteroscopia, gli interventi sul cristallino, ecc.;
 4. Si tratta di esami diagnostici che in talune occasioni, in base ai reperti rilevati in corso d'esame, possono trasformarsi in esami interventistici (polipectomia, trattamento laser di lesioni angiomatose, ecc);
 5. La conoscenza delle indicazioni corrette, delle controindicazioni, delle modalità di preparazione all'esame, dei trattamenti in atto da sospendere o modulare (antiaggreganti, anticoagulanti, diuretici, ecc), della tempistica di eventuali controlli successivi richiede elevate competenze specialistiche ed una formazione continua, vista la costante evoluzione delle linee guida e delle raccomandazioni delle Società scientifiche, come facilmente si può intuire leggendo le dettagliate e complesse linee-guida riportate dai colleghi Balzana e Tramontana sullo stesso numero del Bollettino;
 6. La prenotazione senza preventiva valutazione specialistica espone pertanto il paziente al rischio di effettuare una preparazione intestinale spesso difficoltosa con il rischio di non poter poi eseguire l'esame per presenza di controindicazioni o di non poterlo completare per eventuali terapie concomitanti, creando così situazioni di conflittualità fra utenti, MMG e specialista;
 7. Infine l'esistenza di un CUP regionale con tempi di attesa diversi fra i diversi punti di erogazione incrementa da un lato il c.d. turismo sanitario intraregionale e dall'altro riduce la possibilità di garantire una corretta continuità assistenziale nel caso di controlli successivi.

Alla luce delle considerazioni suddette è stato avviato a partire dal mese di febbraio 2018 il nuovo modello organizzativo che prevedeva la drastica riduzione del numero di esami a CUP attivando nel contempo agende ad hoc (eseguite in aggiunta alla normale programmazione) con liste di "visite specialistiche per presa in carico" con due livelli di programmazione (B: entro 10 giorni; D: entro 30 giorni). Nel corso della visita lo specialista si assumeva l'obbligo di valutare il paziente, producendo una dettagliata relazione clinica con i consigli terapeutici e, nei casi ritenuti meritevoli di endoscopia, di effettuare direttamente la richiesta ed la prenotazione dell'esame, nei tempi ritenuti più opportuni ed in accordo con il paziente, fornendo altresì tutti i consigli necessari per l'esecuzione dello stesso e l'eventuale aggiustamento delle terapie concomitanti.

I risultati ottenuti nei primi 5 mesi della sperimentazione hanno mostrato che a fronte di circa 400 richieste di visita per presa in carico per eventuale esame endoscopico sono state effettuate circa 180 endoscopie, con un abbattimento del numero di esami eseguiti di circa il 55%.

Nel corso di un'assemblea con i MMG dell'area Eugubino Gualdesi tenutasi a

Branca nel mese di giugno 2018 tutti i MMG presenti hanno espresso ampio apprezzamento all'iniziativa ritenendola utile a ridurre le problematiche a loro carico, ridurre i contrasti con i loro pazienti davanti a tempi di attesa in precedenza eccessivamente lunghi ed in grado anche di ridurre profili di responsabilità medico-legale. I presenti riferiscono altresì che le modalità adottate hanno trovato ampio apprezzamento fra i loro pazienti. Pertanto la maggioranza proponeva non solo il mantenimento di tali modalità ma anche l'estensione dell'iniziativa negli altri distretti della USL.

Le poche critiche emerse nell'incontro riguardavano situazioni particolari (come per esempio nel caso di pazienti già in possesso di una valutazione specialistica fuori sede) e la preoccupazione espressa da un collega di una potenziale perdita di professionalità da parte dei MMG.

Per le poche criticità segnalate venivano rapidamente individuati alcuni elementi correttivi di facile applicazione (quali una linea telefonica diretta mediante la quale discutere direttamente con il gastroenterologo di situazioni particolari ed ottenere direttamente la prenotazione dell'esame) mentre relativamente alla presunta perdita di professionalità non si comprende come mai ciò debba valere per gli esami endoscopici e non per esempio per la coronarografia o gli interventi di chirurgia minore, esami che presentano lo stesso rischio di complicanze; anzi si sottolinea che la coronarografia non è programmabile direttamente neppure da uno specialista cardiologo senza la preventiva valutazione dello specialista emodinamista.

La relazione sui risultati della sperimentazioni ed i verbali delle riunioni con i MMG erano stati poi inviati ai competenti uffici Regionali per una valutazione più approfondita sulla possibilità di mantenere o estendere l'iniziativa



LA TRAUMATOLOGIA GERIATRICA

DOTT. LUCA SAPORI
DIRETTORE MEDICO OSPEDALE DI SPOLETO



Il trattamento chirurgico delle fratture di femore nel paziente geriatrico

La traumatologia geriatrica costituisce una sfida gestionale per tutte le strutture complesse di Ortopedia e Traumatologia; è ben noto come si tratti

di fratture in costante aumento con un ritmo che va oltre a quanto dovremmo attenderci sulla base dell'invecchiamento della popolazione. Si evidenzia come l'Ospedale di Spoleto ha un bacino di utenza rappresentato dai territori di Spoleto e della Valnerina, dove la popolazione ha notoriamente un indice di invecchiamento tra i più alti dell'Umbria; il motivo però di questo aumento esponenziale dipende prevalentemente dal fatto che l'aumento dell'aspettativa di vita, legato anche ai continui progressi fatti nel campo della prevenzione e della cura, sta creando una popolazione di anziani più vasta ma più fragile.

Nel 2019 nella struttura complessa di Ortopedia e Traumatologia diretta dal Prof. Giovanni Battista Mancini, Professore Associato afferente al Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Perugia in collaborazione con i dirigenti medici dr.ssa Elena Ciaffoloni, il dr. Marco Malizia, il dr. Vincenzo Pascolini, il dr. Gabriele Potalivo e il dr. Giulio Pucci, sono stati eseguiti 108 interventi di artroprotesi di ginocchio, 106 di artroprotesi d'anca e 20 revisioni di anca e ginocchio. I pazienti iniziano il percorso che li porterà all'intervento con un Day Hospital presso il servizio di pre-ospedalizzazione nel corso del quale eseguono tutti gli esami pre-operatori, eventuali consulenze specialistiche, radiografie pre-operatorie visita anestesiologicala. La degenza media è di 6 giorni, nel corso dei quali, normalmente a partire dal secondo giorno post operatorio, i pazienti iniziano la riabilitazione funzionale, che potranno successivamente continuare ambulatorialmente o in regime di ricovero presso le Strutture riabilitative di Trevi e Cascia.

Sempre nel 2019 sono stati operati 136 pazienti anziani con frattura dell'estremo prossimale del femore; il 71% degli interventi è stato effettuato entro le 48 ore dal ricovero. Si tratta di un indicatore di buona performance dell'attività ospedaliera, in quanto garantisce un miglior recupero funzionale della persona anziana e riduce i tempi di degenza; la qualità gestionale della frattura di femore nell'anziano è

stata ottenuta grazie alla professionalità dell'equipe medico-infermieristica della Ortopedia, alla collaborazione dell'equipe anestesiológica, al tempestivo intervento riabilitativo dell'equipe della Unità di Riabilitazione dell'Ospedale di Spoleto nel decorso post-operatorio e alla costante attività di coordinamento tra le varie unità operative dell'Ospedale.

La causa che più frequentemente impedisce il trattamento entro le 48 ore del paziente anziano con frattura è rappresentata dalle terapie con anticoagulanti e/o antiaggreganti piastrinici. Altre cause sono quelle determinate dalle cattive condizioni generali del paziente, che deve essere stabilizzato in previsione dell'intervento chirurgico e quelle determinate dalla programmazione chirurgica. Molti pazienti con frattura di femore sono in terapia con anticoagulanti e/o antiaggreganti e richiedono un'attenta gestione farmacologica per bilanciare il rischio emorragico contro il rischio trombotico. Nel caso di assunzione di antiaggreganti piastrinici l'anestesia neuroassiale è incompatibile con un intervento entro le 48, per cui l'eventuale soluzione sarebbe quella di un'anestesia generale, non sempre praticabile. Nella gestione dei *Direct Oral Anticoagulants* (DOACs) rimangono elementi chiave la funzionalità renale, la dose e l'ora dell'ultima assunzione di farmaco, mentre nei pazienti che assumono ancora il Warfarin il dato che rende possibile un'anestesia neuroassiale è la normalizzazione dell'INR. In alcuni casi sono le eventuali comorbidità, quali infezioni delle vie respiratorie, anemizzazione, scompenso cardiaco a ritardare il trattamento chirurgico.

Infine, in alcune situazioni il ritardo può essere determinato da problematiche organizzative della struttura e del blocco operatorio, in particolare nei giorni festivi. L'aumento della percentuale di pazienti operabili entro le 48 h può essere ottenuto agendo su ognuna delle problematiche: sensibilizzazione dell'equipe anestesiológica in modo che nei pazienti sottoposti a terapia anticoagulante e/o antiaggregante possano essere considerate anestesi alternative alla spinale, prontadisponibilità di consulenti per la risoluzione delle problematiche internistiche e cardiologiche, costante presenza di un'equipe medico - infermieristica per il trattamento chirurgico, disponibilità della sala operatoria e dell'anestesista.

La gestione ideale del paziente geriatrico traumatizzato, oltre alla tempestività del trattamento chirurgico, richiede anche un'adeguata gestione internistica, o meglio ancora geriatrica, non solo prima dell'intervento, ma anche nei giorni successivi e il rapido accesso a strutture dove poter proseguire la riabilitazione funzionale post operatoria.

Sulla base di queste considerazioni appare chiaro che il trattamento del paziente geriatrico con frattura dell'estremo prossimale del femore può ulteriormente migliorare in termini di qualità e in termini di tempestività costruendo percorsi in cui sono coinvolte diverse figure professionali (medico del Pronto Soccorso, ortopedico, infermiere, geriatra, fisiatra, fisioterapista) che possano seguire il paziente dal momento del ricovero fino alla dimissione dalla struttura riabilitativa. L'Ospedale di Spoleto sta lavorando in questa direzione per migliorare risultati che per quanto riguarda questo specifico campo già lo pongono in una posizione di eccellenza.

L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA

DOTT. MARCELLO PACI

All'inizio erano mani e sensi che secondo Anassagora davano dignità all'uomo come e più della mente.

Il malato si osservava, si odorava, si palpava per carpirne lo stato di salute o la malattia da cui era affetto.

Si cercava di individuarne la sede, poi si curava con quello che la natura forniva. Quindi furono anche strumenti diagnostici che affinavano il lavoro dei sensi. Dopo si prepararono medicine oltre le erbe: farmaci naturali e di sintesi, che entravano nell'organismo e combattevano il male.

Poi dagli strumenti di diagnosi si passò a quelli di terapia e nacque la Chirurgia. Fu chiamata medicina esterna a differenziarla dalla medicina interna più antica e nobile.

La praticavano sacerdoti, studiosi versati in altre discipline, barbieri, che diventavano chirurghi all'occorrenza.

Ma già nella Roma antica c'erano stati chirurghi che seguivano le legioni e si esercitavano nella chirurgia di guerra, e prima di loro i greci, gli egizi, e i sumeri. Sorsero poi in Italia le prime scuole mediche e chirurgiche: alcune prestigiose come a Salerno altre meno come a Preci in Valnerina.

Ma la chirurgia moderna nasce con l'anestesia nella seconda metà dell'Ottocento.

E da medicina esterna diventerà chirurgia degli organi interni. La perizia del chirurgo era la sola variabile che determinava il risultato dell'intervento, con una morbilità e mortalità altissima

per l'ignoranza dell'asepsi.

Per questo molti malati morivano d'infezioni, sino a quando l'ungherese Semmelweis codificò le regole dell'asepsi negli interventi chirurgici: poi l'anestesia fece il resto.

Da allora per circa cento anni la



chirurgia progredì nella capacità di aggredire organi sempre più profondi con un affinamento delle tecniche, con strumenti sempre più perfezionati.

Non c'è stato organo o apparato sul quale i chirurghi non abbiano messo mano con risultati inimmaginabili sino ad allora.

Sembrava che si fosse raggiunto il massimo possibile, che l'evoluzione avrebbe potuto aggiungere cose, ma in un percorso ormai definito.

Poi circa trent'anni fa si è verificata una rivoluzione dettata dalla grande industria, principalmente americana, nell'epoca della rivoluzione informatica e digitale.

Fibre ottiche, computer elaboratore d'immagini, bisturi a corrente elettrica, ultrasuoni, a radiofrequenza, e molto altro.

Il ruolo del chirurgo ha cominciato a perdere se pur in misura inapparente la centralità del suo ruolo, lungo un percorso che sa quasi di marginalizzazione.

In qualche modo i presidi tecnici hanno affiancato la perizia del medico, sono diventati decisivi per la riuscita dell'intervento.

Di pari passo all'evoluzione tecnica si sono sviluppate nuove aspettative dei pazienti che, condizionati da un'informazione disinvolta, ritengono la riuscita dell'intervento un evento scontato, non più una variabile dipendente da una molteplicità di fattori, di cui alcuni imprevedibili.

Di più, pregiudiziali estetiche, ospedalizzazioni brevi, ripresa rapida dalla malattia, valutazioni economiche, hanno introdotto istanze estranee alla finalità principale dell'atto chirurgico che è l'affrontare e cercare di risolvere una patologia, con scienza e coscienza.

Talvolta, per uniformarsi al nuovo, si sacrifica il primitivo fondamentale rapporto di empatia tra il malato e il medico, e si rimanda al contenzioso legale-assicurativo la risoluzione degli insuccessi.

L'informazione ha cavalcato la rivoluzione tecnologica, spinta dagli interessi economico-finanziari di aziende-colosso americane, e dunque laparoscopia e poi robotica e le incisioni chirurgiche sempre più piccole, sino all'utilizzazione degli orifizi anatomici per eseguire interventi chirurgici.

Tutto bene ma attenzione ai rischi del nuovo, quando il destinatario è un uomo malato.

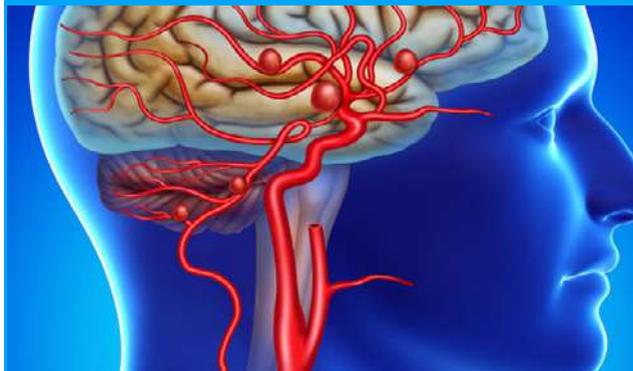
Il mutamento antropologico dell'uomo si accorda con lo sviluppo delle macchine che diventano dominanti, così anche in chirurgia scompare la figura del chirurgo un po' scienziato e un po' artigiano e subentra il tecnico che usa ed è usato dalle macchine.

E così senza nostalgia del passato con l'oggi così diverso con le sue luci e le sue ombre.



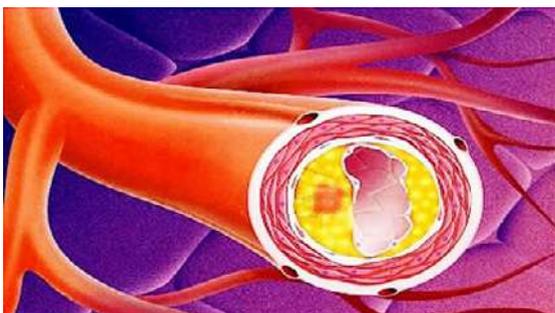
STENOSI CAROTIDEA ASINTOMATICA E PLEGIA EMISOMA

DR. FABRIZIO TIZIANI, MEDICO UROLOGO
DR. FABIO PARLANI, MEDICO MEDICINA GENERALE



Paziente maschio di anni 84, affetto da II, dislipemia, broncopneumopatia cronica ostruttiva, stenosi carotidea dx, progressiva stenosi carotidea sx, ipertrofia prostatica benigna, cerebrovasculopatia cronica. In terapia con antipertensivo, ipoglicemizzante orale, ipocolesterolemizzante, antiaggregante piastrinico. Non fumatore. Il 22/11/2018 presenta episodio di disartria con deviazione della rima buccale a sx, plegia emisoma sx regredito dopo pochi minuti (mai verificatosi negli anni precedenti). L'ecocolordoppler dei vasi epiaortici documentava una stenosi moderata-severa (80-85%) della carotide interna dx in assenza di accelerazioni emodinamicamente significative PVS \leftarrow 100 cm/sec (asintomatica). Base del reimpianto ampia in assenza di patologia parietale endoluminale (eseguito immediatamente e senza variazioni rispetto al controllo precedente maggio 2018).

TC cerebrale ed Angio TC dei vasi cerebrali intra ed extracranici (24/11/2018):



PLACCA ATEROMASICA CAROTIDEA

ipodensità diffusa della sostanza bianca sovratentoriale su base vascolare ischemica cronica. Atrofia cortico- sottocorticale diffusa e ectasia delle cavità ventricolari. A carico del tratto distale della carotide comune e prossimale dell'interna presenza di placca ateromasica che determina stenosi pari a circa l'85% (metodo ECST). Assenza di formazioni aneurismatiche intracraniche. Consulenza MIV- Stroke Unit (24/11/2018) : esame obiettivo neurologico attuale senza evidenti segni neurologici focali. In considerazione del quadro clinico e di reperti strumentali, viene sottoposto ad intervento di



ENDOARTERECTOMIA CAROTIDEA

endoarterectomia carotide interna dx .

Per la comparsa post-operatoria di disfonia è stata richiesta consulenza ORL : modesta ecchimosi aritenoidea dx interessante la corda vocale omolaterale. Modesta ipomobilità cordale dx. Dopo circa sei mesi la disfonia è regredita spontaneamente. L'ecocolordoppler dei vasi epiaortici di controllo a sei mesi dall'intervento:

base del reimpianto della carotide interna dx ampia in assenza di patologia parietale endoluminale. Da allora non ha presentato episodi né di tipo disartrico né di tipo funzionali . L'indicazione chirurgica nei pazienti asintomatici resta ancora oggi senz'altro più discussa che nei sintomatici, anche se i dati relativi allo studio ACAS indicano un beneficio dell'endoarterectomia carotidea in pazienti asintomatici con stenosi carotidea uguale o superiore al 60% (metodo NASCET), che si mostra solo a cinque anni. In questo studio infatti l'endoarterectomia è risultata efficace in pazienti con stenosi carotidea asintomatica tra il 60% e il 99% e solo alla condizione di un tasso di complicanze perioperatorie gravi (ictus o morte) inferiore al 3%. Lo scopo del Case Report è quello di mettere in evidenza (rischio/beneficio), che in presenza di una stenosi carotidea (80-85%) asintomatica e in assenza di accelerazioni emodinamicamente significative $PVS < 100$ cm/sec, la scelta (previo consulto specialistico multidisciplinare) per un intervento disostruttivo, può "salvare" il paziente da un danno irreversibile.

BIBLIOGRAFIA :

Executive Committee for the asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. JAMA 1995; 273: 1421-1428



CURARE, GUARDARE. EPISTEMOLOGIA ED ESTETICA DELLO SGUARDO IN MEDICINA

dott.ssa Antonia Chiara Scardicchio

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Perché ogni volta che leggo o ascolto qualcosa di Chiara vengo preso da tanta emozione, compassione e risonanza affettiva che quasi mi impedisce di poter verbalizzare o rendicontare su quello che ho appena letto o ascoltato?

Perché sono costretto ad una seconda lettura per poter razionalizzare e capire per essere poi in grado di contestualizzare, di contare e catalogare? Forse ho trovato le risposte leggendo questo suo ultimo incredibile saggio.

Ogni medico viene "ammaestrato" per sviluppare il famoso occhio clinico, metafora questa per una grande abilità diagnostica e tutti noi, di solito senza rendersene conto, per perseguire quest'obiettivo, trasformiamo il nostro modo di osservare e di guardare spostando la nostra messa a fuoco. E sì! Mentre un paziente parla e ci racconta il proprio dolore, i propri sintomi magari sotto un nostro terzo grado, siamo stati allenati non tanto a guardare e a capire chi abbiamo davanti, ma a cercare di collocare quello che ci viene detto dentro un catalogo, dentro una casella convenzionalmente definita: una malattia. Uscendo dall'Università ci sentiamo imbattibili, pensiamo che tutto quello che passa attraverso il nostro sguardo possa essere scientificamente dimostrato e risolto: basta solo trovare il verso di poter scomporre il problema in ogni singola sua parte per trovare la logica concatenazione di tutta la filiera delle parti, ma nessuno ci insegna mai che il risultato totale del problema è cosa diversa dalla somma delle singole parti e pertanto il nostro cammino, il nostro andare avanti diventa inesorabilmente "claudicante".

Claudicante e sofferente, per il medico intellettualmente onesto, perché consapevole dei propri limiti di comprensione e di cura. Consapevole di esercitare un ruolo che tutti si aspettano salvifico e risolutore, ma che tu dentro di te sai benissimo essere limitato e per certi aspetti millantato e che la fede che veniva riposta in te, in anni non tanto lontani, sta sempre più vacillando. Quale via d'uscita pertanto? Di quale epistemologia si deve appropriare il medico se il metodo fin qui usato è stato senza dubbio utile ma non esaustivo e soprattutto non più rispondente alle necessità per superare le nuove sfide derivanti dalla complessità della patologia cronica? Chiara mi cita quando affermo che il medico per prima cosa deve affrontare i propri fantasmi! E senza dubbio è questo il primo passo: guardare dentro se stesso attraverso un'esperienza, un percorso di *auto-bio-epistemologia* per cercare di verificare le proprie motivazioni, la propria soggettività.

Anche l'umano che hai davanti, poi, dovrà essere guardato in modo diverso, come un altro soggetto, ma senza affanno! Come giuocando, come danzando attraverso una "traslitterazione" che porterà per forza ad una "serendipità" casuale, ma non nel senso di un qualcosa piovuto dal cielo come per incanto, ma perché frutto di "... competenza sistemica dell'osservatore che giudica non banale qualsiasi informazione. E' competenza estetica dello sguardo che «non cerca: trova» (Chiodo, 2011): ovvero, sapiente abbandono di pre-costituzione rigida e apertura al dato ed alla spiegazione impensata". L'esperienza clinica, le linee guida consolidate dell'EBM hanno il loro valore, ma attenzione! Cristallizzano e impediscono lo sguardo verso nuovi orizzonti in quanto "...La certezza riduce il raggio visivo. E con essa sfuma ogni possibilità di vedere altro, vedere altrove. E così genera la perdita della competenza ad abdurre, intesa proprio come centro specifico della serendipità".

Ecco pertanto l'epistemologia che il medico dovrà imparare e studiare per meglio poter guardare la relazione medico-paziente all'interno di un contesto dove tutto è connesso e interagente e la relazione diventa cura per il paziente, per il medico stesso e perché no anche per l'ambiente che li circonda.

Ecco perché tutto quello che scrive o dice Chiara mi emoziona e commuove: mette a nudo la mia realtà di claudicante, suscita la vertigine dell'ignoto, dell'imprevisto, dell'indefinito e del non classificabile, mi fa imparare la gioia della mia umanità.



CONSENSO INFORMATO: OBBLIGATORIO PER IL MEDICO, UN DIRITTO PER IL PAZIENTE

DOTT. FORTUNATO BERARDI

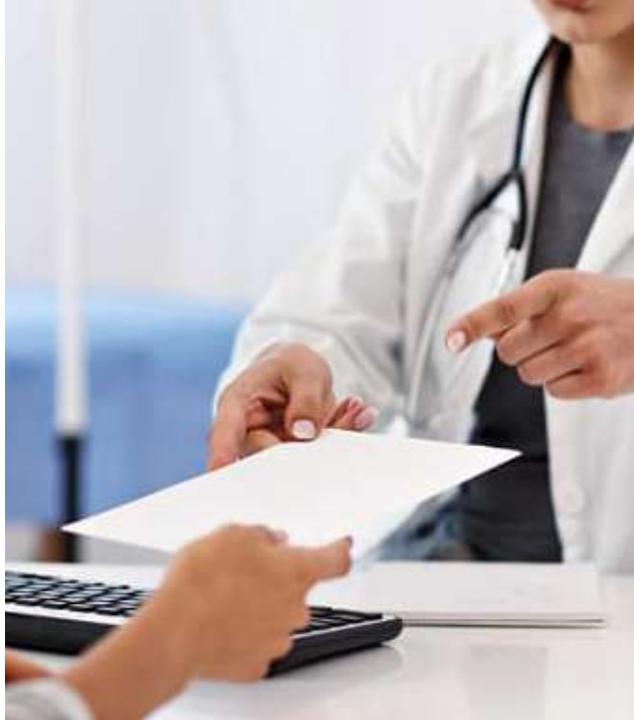
La necessità di informare adeguatamente e correttamente i pazienti sulle procedure diagnostiche e terapeutiche è stabilita minuziosamente dalla legge. Sembra opportuna, comunque, una rilettura della normativa di questa tematica. L'informazione deve contenere in modo specifico e definito l'iter dei passaggi atti a rendere i pazienti consapevoli dei rischi e sulle possibilità di successo dell'intervento sanitario. L'informativa che precede il consenso del paziente deve essere: veritiera, completa e, soprattutto, compresa (Danilo Ruggeri, Doctor, 2011).

In presenza di pazienti difficili da informare per il loro atteggiamento psichico, può essere necessario ed opportuno il supporto di altre figure professionali, come assistenti sociali o psicologi.

L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso, esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 9 del Codice di Deontologia, 18 dicembre 2006; quando sia in grave pericolo la salute o la

vita di altri. In rapporto all'obbligo di verità, nell'evenienza di una grave diagnosi, si può instaurare un "silenzio funzionale" per il concreto timore di un gesto lesivo del paziente o abbandono delle cure prospettate. Anche nella ipotesi di prognosi infausta e prevedibile decesso non deve venir meno, anzi rinforzarsi, il rapporto tra medico e paziente. Tuttavia, l'orientamento odierno è quello di ridurre i casi del "privilegio terapeutico", consistente come noto, il mentire al paziente le sue gravi condizioni, qualora si reputi che svelare la dolorosa verità possa compromettere lo stato psichico del paziente. Il nuovo codice deontologico, come è noto, all'art. 30 precisa, tuttavia, che "l'informazione ai congiunti è ammessa solo se il paziente la consente e fatto salvo quanto previsto all'art. 9 (segreto professionale) allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi".

La giurisprudenza, talvolta, ha accolto tale principio, ma ha stabilito solo che, se sembri opportuno, la verità possa essere nascosta all'ammalato, ma non ai familiari. Allora, premesse queste basilari nozioni "quale medico deve dare le informazioni?" Tutti i medici che si prendono cura di un paziente, a partire dal medico di base, sono obbligati a dare ragguagli sulle cure somministrate e sugli



esami diagnostici, più o meno invasivi, prescritti. Al medico di medicina generale spetta l'obbligo di informare in modo chiaro ed adeguato sulla necessità di un particolare esame e fornire tutte le notizie sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive; le eventuali alternative diagnostiche-terapeutiche, le prevedibili conseguenze delle scelte operate. La legge non prevede alcuna forma di obbligazione per esprimere il consenso informato. È evidente però come la forma scritta, per tutti i momenti legati al consenso informato, sia quella che tutela il medico, rendendolo esente da responsabilità. Peraltro, non è proprio indispensabile, ma di oggettiva utilità la presenza di un collega o di un infermiere al momento della informazione e dell'ottenimento del consenso; facendone menzione nel modulo di accettazione, possibile testimonianza a favore del medico in caso di contestazione.

Il consenso informato è, comunque, un atto revocabile in qualsiasi momento dal paziente (art. 32 del codice deontologico). "Alla presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi". Nei casi di interventi di urgenza e in casi di incoscienza del paziente, non è necessario acquisire il consenso al fine di sottrarre l'ammalato ad un ulteriore grave pericolo. E nel caso di un minore come comportarsi? È necessario il consenso libero e informato dei genitori o legale rappresentante (comitato della bioetica del 02.06.1995) anche se il consenso sembra sempre più determinante da parte del minore in relazione alla sua età e capacità di giudizio; con l'eccezione dell'interruzione di gravidanza della minorenne quando ci siano motivi che impediscano o, sconsiglino, la consultazione dei genitori (art. 12 legge 194, 22.05.1978).

Da ultimo e sintetizzando, l'ordine guida concreto per come debba essere formulato il consenso su eventuali cure o interventi, sembra essere: 1) la diagnosi; 2) la modalità dell'intervento; 3) i rischi e i benefici; 4) la prognosi, la durata delle terapie ed eventuale decorso post operatorio.

In definitiva, da questa sintetica disamina sul consenso informato, rimandando al codice deontologico (18.12.2006 e modifiche) ed ai dettami di legge, per eventuali ulteriori dati, si può concludere affermando che il consenso legittimamente prestato deve essere: informato; personale (ad eccezione dei minori, infermi di mente); attuale; preventivo e rinnovabile; revocabile; manifestato; determinato e specifico; incondizionato; gratuito e libero; valido.



INFORMAZIONE PUBBLICITARIA IN SANITÀ: REGOLE, INDICAZIONI, SANZIONI.

DOTT. ANTONIO MONTANARI
PRESIDENTE ALBO ODONTOIATRI

La fase 2 dell’Emergenza Covid 19, per quel che riguarda l’informazione pubblicitaria in sanità, ha purtroppo evidenziato un tentativo di tornare indietro nel tempo, probabilmente dovuto a timori per una difficile ripresa lavorativa.

Difatti, in varie zone d’Italia (in regioni di più’, in altre di meno), tanto per i medici chirurghi, quanto per i medici odontoiatri, sono tornate **pubblicità assolutamente non in linea con quel DECORO e quella DIGNITA’, che dovrebbero caratterizzare la PROFESSIONE MEDICA.**

Per questo motivo, la CAO Nazionale ha richiamato tutti noi ad una più’ stretta osservanza delle Raccomandazioni ed Indicazioni per una **CORRETTA INFORMAZIONE PUBBLICITARIA**, in linea con LEGGI e CODICE DEONTOLOGICO, introducendo nuovi divieti, ad esempio riguardanti test sierologici o pratiche di disinfezione/sterilizzazione per Covid 19, non ancora validati dalla Comunità Scientifica.

L’Ordine di Perugia, anche approfittando del nuovo sito, ha pertanto redatto una sorta di DECALOGO, che Vi invito a consultare a ed a rispettare attentamente, sia per rispetto verso Cittadini e Colleghi, sia per evitare le sanzioni disciplinari, di cui di seguito daremo conto, previste per le violazioni. Il concetto base, è bene ribadirlo, è che oggi non solo il nostro CODICE, ma anche una **Legge dello Stato ha sancito la NETTA DIFFERENZA TRA PUBBLICITA’ COMMERCIALE** (quella che tende a “vendere un prodotto”) **ED INFORMAZIONE SANITARIA** (che deve soltanto informare i cittadini sulla nostra attività MEDICA).

Di seguito, dunque, Vi propongo un riassunto delle principali Raccomandazioni/Indicazioni, la cui versione integrale, con tanto di glossario sui termini vietati, è presente nel sito “ordinemediciperugia.it” - Professione Medica - Pubblicità sanitaria.





> Definizione

Si definisce INFORMAZIONE pubblicitaria in campo sanitario la comunicazione ai cittadini attraverso qualsiasi mezzo mediatico, delle informazioni relative all'attività svolta, compresi titoli, ubicazioni topografiche e altre informazioni utili a localizzare la sede dove reperire i servizi offerti.

> Mezzi utilizzabili

È possibile effettuare opera di informazione al pubblico attraverso canali quali stampa, televisione, radio, cartellonista, Web ed altro a patto che il canale pubblicitario prescelto non sia disdicevole per il decoro professionale, sia per la tipologia, che per il luogo in cui avviene la pubblicità.

> Caratteristiche

La informazione sanitaria deve essere **“accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non deve divulgare notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell’interesse generale”**.

Non dovranno comparire in essa, inoltre, **elementi di “carattere promozionale o suggestivo”**, (inteso anche come suggestionale), ossia immagini o testi che possano far pensare al cittadino che con determinate diagnosi o terapia possano ottenere risultati mirabolanti, oppure che non abbiano relazione con il percorso sanitario (es: immagini di personaggi testimonial felici e sorridenti come risultato della terapia stessa, quando invece sono mere immagini suggestive).

Il messaggio informativo pubblicitario potrà contenere sia elementi per il contatto (numeri telefonici, indirizzo stradale, indirizzo mail, sito web, presenza sui social media, orari di apertura), che **informazioni specifiche riguardanti l’attività professionale**.

In conclusione nel messaggio sono **ammesse esclusivamente** le informazioni riguardanti:

- I titoli e le specializzazioni professionali legalmente ottenuti, riconosciuti e validati.
- I Master e Corsi di Perfezionamento riconosciuti dalle Istituzioni pubbliche, su argomenti specifici.



- La tipologia dell'attività.
- Le caratteristiche del servizio offerto.
- L'onorario relativo alle prestazioni, purché in maniera chiara, precisa, inequivocabile, non come unico o prevalente elemento dell'informazione, mai promozionale.

Si devono invece aver presenti norme restrittive, fra le quali:

- Non sono consentiti messaggi equivoci, poco chiari, ingannevoli, né denigratori nei confronti di altre categorie o colleghi;
- Non sono consentiti messaggi comparativi verso colleghi, specie in riferimento a terapie specifiche;
- Non sono consentite notizie su metodologie, pratiche, innovazioni, efficacia, apparecchiature o strumentazioni, terapie, se non definitivamente approvati e validati dalle Istituzioni preposte e dalla Comunità Scientifica.
- Non sono consentite, in generale, notizie prive di fondamenti scientifici certi, validati dalla Comunità Scientifica.
- Non sono consentiti messaggi che pubblicizzino metodologie come innovative, quando esse siano terapie abituali.
- La pubblicità non può violare la normativa della privacy: non è consentita la pubblicazione del viso del paziente o casi in cui esso sia facilmente riconoscibile da altri (salvo specifica liberatoria);
- Non è consentita pubblicità evocativa; esempio: contenere immagini di modelli o testimonial o visi che potrebbero richiamare l'esito della prestazione stessa;
- Non è consentita la pubblicità emozionale, ovvero tendente a dimostrare uno stato di benessere fisico o psichico, in relazione ad una determinata terapia (quali visi sorridenti o compiaciuti di ipotetici pazienti, o immagini accattivanti, specie se avulsi dal contesto);
- Non è consentito pubblicizzare prestazioni in forma di gratuità o di bonus;
- Non è consentito pubblicizzare uno sconto percentuale verso il proprio o altrui tariffario;
- Non è consentito pubblicizzare dispositivi medici con marchi commerciali o marchi commerciali stessi;
- Non è consentito pubblicizzare tecniche operative che "enfaticino" particolari abilità personali o particolari attrezzature.

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI OMCEO PG PROCEDIMENTI DISCIPLINARI DEGLI ULTIMI 4 ANNI

DOTT. ANTONIO MONTANARI
PRESIDENTE ALBO ODONTOIATRI



Accanto ad oltre 60 “richiami bonari”, o Procedimenti disciplinari conclusi con Archiviazione o con sanzioni di **AVVERTIMENTO** o **CENSURA**, per la maggior parte legate a violazioni delle norme sulla Informazione Pubblicitaria in Sanità, la CAO Perugia ha comminato:

1 MESE DI SOSPENSIONE per violazione norme sulla privacy

1 MESE DI SOSPENSIONE per assenza polizza R.C. Professionale

1 MESE DI SOSPENSIONE per pubblicità in violazione norme

Quest’ultima è diventata definitiva, in quanto “passata in giudicato”, mentre per le altre è stato proposto appello presso la Commissione Centrale Esercenti Professioni Sanitarie (CCEPS).

Ad inizio agosto verrà celebrato un altro Procedimento Disciplinare per presunta pubblicità scorretta.

Ci sono inoltre due Procedimenti per Concorso in Esercizio Abusivo della Professione, in attesa delle sentenze dei Tribunali.

La Commissione, infine, ha stabilito di pubblicare nel sito e nel Bollettino, nel rispetto assoluto della legge sulla privacy, l’esito di tutti i Procedimenti Disciplinari futuri.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE

DOTT. GRAZIANO CONTI



Il Presidente ha iniziato l'incontro con un cordiale saluto a tutti gli intervenuti e in particolare ai medici chirurghi e agli odontoiatri neo - iscritti presenti per la prima volta all'annuale appuntamento per la cerimonia del loro giuramento.

Altro significativo saluto per il loro cinquantesimo ai colleghi laureati nel 1969 in riconoscimento della loro testimonianza di dedizione e attaccamento alla professione. Prima di passare agli argomenti posti all'ordine del giorno un minuto di silenzio è stato dedicato al ricordo dei colleghi scomparsi nell'arco di tempo dalla precedente assemblea alla attuale.

Dott. Furio BOCCOLINI

Prof. Bruno BRUNELLI

Dott.ssa Rina CAMOZZATO

Dott. Roberto CAPITANUCCI

Dott. Franco CENCI

Dott. Ermanno CHIATTI

Dott. Aldo CIANCHETTI

Dott. Fabrizio CIAPPI

Dott. Fabio FAGIOLI

Prof. Ermanno MIGLIORINI

Dott.ssa Cristiana NERI

Dott. Enzo PACI

Dott. Luigi PANATA

Dott. Francesco PASCASIO

Dott. Riccardo PETTINELLI

Dott. Daniele PINAGLIA

Dott. Giulio PINNA

Prof. Roberto QUARTESAN

Dott. Sergio ROANI

Dott. Antonio SANSONE

Prof. Franco SANTUCCI

Dott.ssa Simona SOCCOLINI

Dott. Gabriele STEFANELLI

Dott. Franco STOCCHI



Successivamente vi è stata la illustrazione, la discussione e la votazione dei bilanci illustrati dal dott. Andrea Donati, Tesoriere in carica dell'Ordine, che sono stati approvati alla unanimità.

Dopo i ringraziamenti al dott. Andrea Donati e al collegio dei Revisori dei Conti (Giorgetti, presidente, Genovesi, Paccamiccio, Giannoni) il Presidente ha proseguito illustrando l'attività degli organi collegiali e degli uffici dell'Ordine, dello sportello previdenziale ENPAM curato dal dott. Sabatino Orsini Federici, e della convenzione stipulata con il Patronato EPACA, situato nello stesso stabile, per l'effettuazione gratuita di tutte le pratiche previdenziali e assistenziali che fanno capo a INPS ed ex INPDAP.



Il Presidente ha inoltre informato che è stata realizzata una seconda sala riunioni, unendo tre diversi ambienti dell'ala sinistra, che può essere utilizzata in maniera indipendentemente o in collegamento a quella principale.

Ha informato successivamente sulla situazione degli iscritti e sulle attività di formazione e aggiornamento organizzate ivi compresa la formalizzazione di una nuova convenzione con il Corso di Laurea in Odontoiatria per un percorso di collaborazione con la CAO del nostro Ordine per tirocini professionalizzanti per gli studenti del corso di odontoiatria.

Il calendario degli incontri, organizzati presso la sede nel 2018 ha visto l'accREDITAMENTO e lo svolgimento di 15 eventi.

Pur con i diversi problemi dell'intero sistema ECM:

- 1) Il numero elevato di professionisti che non si certificano;
- 2) I troppi interessi economici che ancora lo alimentano;
- 3) La farraginosità e la eccessiva burocrazia che lo contraddistinguono;
- 4) La scarsa valorizzazione delle attività di ricerca, didattica e congressuale;
- 5) La mancata valorizzazione dei percorsi formativi legati alle attività professionali quotidiane;

che certamente rivelano la necessità di avviare un processo riformatore, questi corsi hanno permesso a molti colleghi (circa un terzo dei nostri iscritti) l'acquisizione complessivamente di migliaia di crediti, gratuitamente.

Il Presidente, prendendo anche spunto dal recente Consiglio Nazionale della Federazione ha poi fatto la sua relazione.

“Cari colleghi, come di consueto permettetemi ora qualche riflessione sul mondo sanitario. Vi sarebbero molte cose da dire su quanto è accaduto in questo ultimo anno.

Ma io vorrei oggi parlare di tre argomenti: il primo sono alcuni fatti di casa nostra, il secondo sono due importanti sentenze della Corte Costituzionale e il terzo riguarda il futuro dei medici.

GLI AVVENIMENTI DI CASA NOSTRA

Due cose hanno principalmente agitato in questo anno il mondo sanitario umbro. La prima è l'inchiesta che ha portato alla luce fatti relativi ai concorsi in sanità che ha provocato le dimissioni della Presidente della Giunta Regionale e ha portato a nuove elezioni.

Quello che, personalmente, ma interpretando anche il pensiero del Consiglio Direttivo, penso di questa vicenda l'ho scritto nel nostro Bollettino.

La giustizia farà il suo corso, quello che l'Ordine ha tenuto e tiene a precisare e ribadire è:



Scorcio della sala

- 1) la condanna di ogni distorsione dei meccanismi di scelta del personale che non siano fondati su criteri di merito, competenza e capacità;
- 2) il fatto che la vicenda riguarda esponenti dei vertici della sanità umbra, e non la sanità tutta;
- 3) il fatto di restare a fianco di tutti gli iscritti che con dedizione e onestà e svolgono le proprie funzioni di cura e assistenza alla persona nella Regione Umbria, poiché a causa di questi episodi riprovevoli, è stata posta in discussione dall'opinione pubblica l'integrità dell'intera categoria medica,
- 4) che le condizioni di salute della nostra popolazione non sarebbero possibili senza l'impegno e l'abnegazione dei professionisti che l'Ordine rappresenta, i quali quotidianamente, con il proprio lavoro, dimostrano, con i fatti, di non operare alcuna forma di ingiustizia e disuguaglianza.

La seconda è il momento di difficoltà che l'intera categoria medica della nostra Regione vive è legata alle recenti iniziative della Aziende sanitarie in base alle direttive impartite dalla Procura Regionale della Corte dei Conti.

In pratica la procura ha chiesto la costituzione in mora ai fini interruttivi della prescrizione di un eventuale risarcimento per le somme corrisposte per presunti danni anche di molti anni fa. Gli attuali Commissari delle Aziende Sanitarie dell'Umbria si sono prontamente e supinamente adeguati.

Come abbiamo dichiarato pur non contestando la legittimità formale dell'iniziativa non si può non rilevare che in molti casi si tratta di somme corrisposte dalle Aziende a titolo transattivo per fatti ormai ampiamente datati, di cui i sanitari non erano in gran parte nemmeno a conoscenza e non hanno in alcun modo, a suo tempo, potuto far valere le proprie ragioni.

A tal proposito si ricorda che la successiva Legge Gelli ha previsto l'inammissibilità di azioni di rivalsa o di responsabilità contabile se il Sanitario non viene avvertito tempestivamente (entro 45 gg) del contenzioso.

L'Ordine fa inoltre presente che la direttiva della Procura della Corte dei Conti possono addirittura rappresentare un boomerang:

- incentivando la medicina difensiva,
- limitando la definizione in via transattiva dei sinistri,
- aumentando quindi il contenzioso giudiziale, con un prevedibile aumento dei costi a carico della sanità, in pratica proprio l'effetto contrario a quello di tutela erariale che, forse, la Corte dei Conti si proponeva.

Certamente, cosa ancora più grave e importante, con tali iniziative non miglioreranno qualità e tempi del servizio reso ai cittadini a cui i solerti funzionari, probabilmente, non hanno pensato, e che invece premono all'Ordine, nato a garanzia di quel servizio.

I medici non possono operare con la spada di Damocle di richieste risarcitorie condizionate dai tempi biblici della giustizia del nostro paese, che come nel caso in esame investono anche colleghi pensionati.

E' d'obbligo restituire la serenità nel lavorare ad una categoria che di serenità e lucidità ha costantemente bisogno, perché la tranquillità dei medici è il fonda-



Scorcio della sala

mento della sicurezza dei pazienti, mentre questo clima negativo può incentivare l'esodo di numerosi colleghi, ormai disillusi, dal Servizio. Su questo tema ho sottoposto la questione al C.N. della FNOMCeO e ho chiesto un incontro urgente alla nuova Presidente della Regione.

DUE SENTENZE DELLA CORTE COSTITUZIONALE

La prima è la sentenza n. 242/2019 (DJ Fabo, Marco Cappato) che ha fatto molto scalpore, quasi la Corte autorizzasse l'eutanasia.

Ogni volta che si parla di temi etici in Italia non si riesce a fare un ragionamento sereno e obiettivo, o a leggere con attenzione.

La declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, che sono, come nella vicenda oggetto del giudizio: una persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli » (ordinanza n. 207 del 2018).

Di più la Corte invoca una regolazione della materia, intesa ad evitare scenari, gravidi di pericoli per la vita di persone in situazione di vulnerabilità, al fine di investire plurimi profili, ciascuno dei quali, a sua volta, variamente declinabile sulla base di scelte discrezionali, come, ad esempio:

- 1) le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto,
- 2) la disciplina del relativo processo medicalizzato
- 3) l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al

servizio sanitario nazionale

- 4) la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura.

La corte non abroga l'art. 580 cod. pen., dispone esclusivamente la non punibilità in particolarissime situazioni, previa una serie di adempimenti, affidati alla struttura pubblica e condiziona l'avvio della procedura che porta al suicidio assistito al parere del comitato etico territorialmente competente.

E' una questione che va affrontata con serietà e delicatezza, sicuramente necessita di approfondimenti sul versante legislativo, ma fermo restando l'art. 17 del Codice Deontologico, per quanto riguarda la nostra professione.

La seconda è la Sentenza N. 259/2019 (Ordine Bologna/Assessore Venturi)

Non interessa qui tanto il caso specifico quanto il fatto che, in questa sentenza si tratti, in via preliminare, la Qualificazione degli Ordini. Dice la Corte:

“Si tratta, in altri termini, di:

- organismi associativi a partecipazione obbligatoria
- cui il legislatore statale ha affidato poteri, funzioni e prerogative, sottoposti a vigilanza da parte di organi dello Stato-apparato,
- tutti preordinati «alla tutela di pregnanti interessi di rilievo costituzionale» (sentenza n. 173 del 2019, inerente all'Ordine forense), connessi all'esercizio di attività professionali,
- caratterizzati da una necessaria «dimensione nazionale» e pertanto dalla «infraczionabilità» (sentenza n. 405 del 2005). Tali sono gli interessi inerenti alla tutela della salute”.

La Corte ha ricondotto alla materia dell'«ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali» (sentenza n. 405 del 2005) la disciplina di questi organismi, perché chiamati a svolgere funzioni pubbliche di tutela di interessi pubblici unitari.

Ciò serve a confermare inequivocabilmente l'appartenenza degli stessi al sistema ordinamentale dello Stato.

Con riguardo in particolare alla qualificazione degli ordini professionali

- li ha configurati come «enti pubblici ad appartenenza necessaria» e
- ha riconosciuto che la loro istituzione e disciplina «risponde all'esigenza di tutelare un rilevante interesse pubblico la cui unitaria salvaguardia richiede che sia lo Stato a prevedere specifici requisiti di accesso»,
- affidando loro «il compito di curare la tenuta degli albi nonché di controllare il possesso e la permanenza dei requisiti in capo a coloro che sono già iscritti o che aspirino ad iscriversi»,
- in vista dell'obiettivo di «*garantire il corretto esercizio della professione a tutela dell'affidamento della collettività*» (sentenza n. 405 del 2005).

E' estremamente importante ricordare e tenere presente questo principio perché se parliamo a volte di temi che a volte sembrano prediligere aspetti di tipo organizzativo o di categoria, lo facciamo proprio per questo motivo: la tutela della qualità del servizio reso al cittadino.

IL FUTURO DEI MEDICI

Affrontavo lo scorso anno il tema della carenza dei medici, che sembra delinearci nei prossimi anni. Ripeto quello che ho più volte affermato: non mancheranno i medici, mancano i medici specialisti ma, se da un lato mancano i Medici specialisti e i Medici di famiglia, dall'altro diverse migliaia di laureati in medicina non sono riusciti ad ottenere né l'accesso ad una borsa per la specializzazione, né al corso di medicina generale.

Un elevato numero di giovani medici si ritrova quindi costretto a non poter proseguire l'indispensabile iter di formazione specialistica e a non poter entrare a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale e lavorare; a fronte delle migliaia di neolaureati e abilitati ogni anno, troppi non riescono a entrare nella scuola di specializzazione, non perché non meritevoli, ma per carenza di posti. Le stime del fabbisogno risultano corrette, ma non il relativo finanziamento delle borse.

I giovani medici, a cui è negata la prosecuzione della formazione post-laurea, si trovano in una situazione di "limbo" e moltissimi giovani medici italiani vanno a specializzarsi all'estero e così, dato il lungo periodo di studi che faranno in altri Paesi, la maggioranza di essi non tornerà e l'Italia avrà perso un grande investimento anche economico fatto dallo Stato e dalle famiglie, oltre ad avere impoverito di energie intellettuali i cittadini, negando loro un incremento e miglioramento dell'assistenza sanitaria

A fronte di queste necessità ci sono le risposte come quelle di alcune Regioni che cavalcando questa presunta carenza rispondono assumendo, a tariffe ridotte, non specialisti o inventando corsi di qualificazione per figure diverse.

Non credo ci sia bisogno in Italia di giustificare il trasferimento di competenze da un professionista ad un altro, dal medico all'infermiere o dall'infermiere all'operatore socio sanitario. Le competenze non sono scomponibili in mansioni. Nemmeno la carenza dei medici può giustificare nel nostro Paese questa pratica



Scorcio della sala

che riduce drasticamente la qualità dell'assistenza.

Le professioni sanitarie sono una grande risorsa e devono operare in sinergia, non in competizione. Il miglioramento delle competenze si ottiene attraverso la formazione nei rispettivi campi.

I medici fanno bene i medici! Gli infermieri fanno bene gli infermieri! Lavoriamo insieme nel rispetto dei reciproci ruoli e competenze. Siamo una grande nazione con grande servizio sanitario nazionale fondato proprio sulla qualità delle cure e sulle competenze dei professionisti acquisite dopo un lungo e faticoso percorso formativo.

Ad ogni laureato va assicurato per legge una borsa di specializzazione o di medicina generale! La formazione è strettamente correlata con la qualità dell'assistenza. Svuotiamo l'imbuto formativo e ai nostri laureati diamo una borsa di studio e non un precario posto di lavoro.

Alcune disposizioni legislative, il rinnovo dei contratti, la finanziaria attualmente in discussione ci portano forse delle buone notizie e ci danno delle speranze (anche se le leggi vanno commentate quando escono dal Parlamento, non quando vi entrano).

In questi due anni i temi che il Consiglio Nazionale FNOMCeO ha posto sono diventati oggi parte dell'agenda politica del Governo:

- La carenza dei medici specialisti e non dei medici laureati è diventata patrimonio comune e ci ha consentito di ottenere sinora 3000 borse di specializzazione e si parla di altre 4000 per l'anno prossimo (in più);
- Con il decreto Calabria si è fatto un primo passo per impiegare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale gli specializzandi degli ultimi anni;
- E' diventata patrimonio comune l'idea dell'imbuto formativo e la necessità di trovare una soluzione;
- Per i precari è stato proposto un emendamento per consentire ai dipendenti che hanno tre anni al 30 giugno 2019 (esteso a dicembre) anche non continuativi di poter partecipare alla selezione riservata del 50% per il triennio 2020/2022.
- Sono stati rinnovati i contratti di lavoro, sebbene manchino ancora parti importanti da definire;
- Sono stati stanziati 235 milioni per valorizzare le professionalità dei Medici di Medicina generale, investendo sulla diagnostica ambulatoriale;
- E' stata condivisa la richiesta degli specialisti ambulatoriali di un aumento del numero di ore, superando il sistema delle incompatibilità;
- E' stato approvato da un ramo del Parlamento il disegno di legge sulla violenza nei confronti degli operatori sanitari e riattivato l'osservatorio nazionale sulla violenza istituito su nostra istanza;
- Si propone di aumentare il finanziamento del SSN di 2 miliardi, altri 2 miliardi circa per l'art. 20, altri 500 milioni per il fondo dei farmaci innovativi.

Il Ministro Speranza ha speso parole e giudizi sulle disuguaglianze ed ha preso l'impegno a rendere ancor più attuale quanto previsto dall'articolo 32 della Co-

stituzione che definisce il diritto alla salute “fondamentale diritto dell’individuo” da assicurare ad ognuno come recitano il nostro Codice Deontologico e l’art. 3 della Costituzione.

Il diritto non appartiene allo Stato, ma ad ogni persona, ad ogni cittadino. Sono i medici che garantiscono quel diritto alla salute così come sancito dalla Costituzione. I medici sono quei professionisti che rendono applicabile la Costituzione. I medici del cittadino non dello Stato. Sono i medici che oggi, grazie al loro ruolo, rendono applicabili i principi democratici dello Stato, di questa Repubblica che è fondata sul rispetto dei diritti fondamentali dell’uomo.

Di questo dobbiamo essere convinti, è questo che dobbiamo rivendicare ed è per questo che chiediamo, come ho detto all’inizio, tranquillità e serenità perché è la nostra tranquillità nell’operare il fondamento della sicurezza dei pazienti.

L’assemblea è poi proseguita con la consegna delle medaglie ai Collegi che hanno compiuto nel 2019 i cinquanta anni di laurea. E’ stata una testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima nei confronti di chi ha ben operato per un periodo così lungo, da parte di tutta la categoria.

Successivamente sono stati consegnati i premi di laurea dell’Ordine intitolati ai colleghi Domenico Tazza e Cesare Fiore; quello per cardiologia intitolato a Luigi Balducci; quello per l’anestesiologia intitolato a Fabio Giaimo e quello per oncologia e chirurgia intitolato a Ugo Mercati.

Al termine della giornata il momento più importante dell’Assemblea: il Giuramento dei nuovi iscritti che a nome di tutti è stato letto dai due più giovani la dottoressa Francesca Bonanno e il dottor Samuele Settimi. In seguito tutti i nuovi colleghi, chiamati uno ad uno per nome, hanno ritirato dalle mani del presidente la pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, il distintivo dell’ordine ed una penna USB contenente l’albo degli iscritti e un vademecum per la professione.

LETTURA GIURAMENTO



dott.ssa Francesca Bonanno



dott. Samuele Settimi

SITUAZIONE ALBI al 16/12/2018

Iscritti Albo Medici Chirurghi N. **5159**
Iscritti Albo Odontoiatri N. **735**
Doppie iscrizioni N. **323**
Persone fisiche N. **5571**

SITUAZIONE ALBI al 15/12/2019

Iscritti Albo Medici Chirurghi N. **5208**
Iscritti Albo Odontoiatri N. **743**
Doppie iscrizioni N. **322**
Persone fisiche N. **5629**

Incremento iscrizioni albo Medici Chirurghi: **49** risultante da **148** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **99** cancellazioni (a richiesta, per trasferimento, morosità e decesso).

Incremento iscrizioni albo Odontoiatri: **8** risultante da **23** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **15** cancellazioni (a richiesta, per trasferimento, morosità e decesso).

doppie iscrizioni saldo negativo: **-1** (cancellazione a richiesta da parte di un doppio iscritto dall'albo odontoiatri)

CORSI ECM ANNO 2019

➤ **19 gennaio 2019**

Di cosa parliamo quando diciamo gli "screening oncologici": modelli e risultati a confronto

➤ **09 febbraio 2019**

Gestione delle patologie oftalmiche: progressi diagnostico-terapeutici

➤ **23 febbraio 2019**

Nutraceutici ed integratori: Quali evidenze cliniche

➤ **09 marzo 2019**

Salute e Ambiente: il ruolo degli interferenti endocrini

➤ **23 marzo 2019**

Sistema neurovegetativo e rischio cardiovascolare

➤ **13 aprile 2019**

Aggiornamenti su idrologia medica e termalismo

➤ **11 maggio 2019**

Cosa c'è di nuovo nel trattamento endoscopico della patologia dell'apparato digerente

➤ **08 giugno 2019**

Le vaccinazioni fondamento della prevenzione

➤ **14 settembre 2019**

Incontri sulla fragilità dell'anziano: il rapporto medico-paziente nel fine vita

➤ **21 settembre 2019**

ECM: Come, dove, quando, perché

➤ **28 settembre 2019**

Privacy e consenso informato: chi deve far firmare cosa

➤ **26 ottobre 2019**

La riabilitazione dell'ictus: quando serve e dove serve

➤ **09 novembre 2019**

Parodontopatia e malattie sistemiche correlate

➤ **23 novembre 2019**

Lo scompenso cardiaco: linee-guida

➤ **13 settembre - 07 dicembre 2019**

Corso di formazione teorico pratico in emergenza e urgenza

RELAZIONE DI BILANCIO

DOTT. ANDREA DONATI
TESORIERE OMCeO PERUGIA

L'annuale assemblea degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri è stata la tradizionale occasione per portare all'attenzione dei medici e degli odontoiatri i bilanci economici dell'ente.

Come da tradizione (anche se dal 2020 si cambierà) sono stati presentati, agli oltre centocinquanta intervenuti, il bilancio di previsione del 2020 l'assestamento del bilancio di previsione del 2019 ed il conto consuntivo del 2018, ciascuno di essi distinto in bilancio di competenza (ovvero quanti soldi dovrebbero, o sarebbero dovuti, entrare ed uscire, perché voci pertinenti a quell'anno contabile) e bilancio di cassa (ovvero quanti soldi si prevede entreranno o usciranno o effettivamente



AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2020 (competenza)

FONDO DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2019	€ 856.883,43
+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2019 (Quota iscrizione non ancora incassata, contributi c/FIOMCeO da incassare)	+ € 209.080,72
- RESIDUI PASSIVI PRESUNTI AL 31/12/2019 (Fondo TFR, accantonamento TFR, Spese correnti varie: pulizia, Bollettino, consumi, procedure informatiche...)	- € 224.921,65
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO	€ 741.042,50

sono entrati o usciti nell'anno di riferimento).

I due bilanci di previsione costituiscono inderogabile necessità, in quanto, alla mancata presentazione e approvazione, conseguirebbe l'esercizio provvisorio dell'Ordine, con, di fatto, impossibilità di poter avere una gestione libera ed autonoma dei soldi degli iscritti. Essendo previsioni e, soprattutto, essendo bilanci che per legge devono perseguire il pareggio tra entrate ed

BILANCIO DI PREVISIONE 2020

ENTRATE	CASSA	COMPETENZA
F. CASSA/AVANZO DI AMM.	€ 856.883,43	€ 741.042,50
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2020)	€ 436.134,00	€ 415.413,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, Nulla osta pubbl. sanit., Interessi...)	€ 113.100,00	€ 43.100,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRI.	€ 2.000,00	€ 2.000,00
Entrate per PARTITE GIRO (Incasso quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	€ 284.134,16	€ 265.774,44
TOTALE GEN. DELLE ENTRATE	€ 1.692.251,59	€ 1.467.329,94

BILANCIO DI PREVISIONE 2020

USCITE	CASSA	COMPETENZA
Spese CORRENTI <small>(Spese convocazione assemblea, gettoni Consiglieri, stipendi, condominio, pulizia consumi energia elettrica, acqua, gas, postali, internet, consulenze, assistenza e manutenzione procedure informatiche, macchine...)</small>	€ 983.834,53	€ 959.555,50
Spese in CONTO CAPITALE <small>(miglioramenti sala Riunioni, acquisto procedure Informatiche...)</small>	€ 417.612,90	€ 242.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO <small>(Versamento quote c/FNOMCeO e ritenute varie)</small>	€ 290.804,16	€ 265.774,44
TOTALE GEN. DELLE SPESE	€ 1.692.251,59	€ 1.467.329,94

uscite, i numeri che li rappresentano spesso non trovano corrispondenza al momento dei consuntivi; l'unico dato di rilevante interesse è costituito dal "fondo cassa" (ovvero di quanti soldi dispone l'ordine ad inizio di ciascun anno) o meglio dall'"avanzo di amministrazione" che dal precedente si distingue perché ad esso sono detratti tutti i nostri debiti e crediti (denominati tecnicamente residui) e che dunque costituisce il vero patrimonio di cui il nostro Ente dispone.

Come si diceva, l'avanzo di amministrazione non dovrebbe esistere, dovendoci essere pieno equilibrio tra entrate ed uscite; in realtà fortunatamente esiste e questo consente la gestione ordinaria per tutto il periodo in cui non vi sono entrate (ovvero sino all'incasso delle quote) e parimenti ci pone al riparo da spese impreviste che ci costringerebbe, altrimenti, a chiedere ulteriore denaro agli iscritti per ogni minima necessità.

E' piuttosto evidente dalla lettura dei bilanci di previsione, e soprattutto dell'assestato 2019 (l'avanzo di amministrazione del bilancio di previsione 2020 è una

BILANCIO DI PREVISIONE ASSESTATO 2019 (competenza)

Approvato dal consiglio dell' OMCeO PG in data 09.04.2018
con il parere positivo del collegio dei revisori dei conti

**BILANCIO DI PREVISIONE
ASSESTATO 2019**

ENTRATE	NON ASSESTATO	ASSESTATO
AVANZO DI AMM.	€ 647.794,93	€ 767.625,65
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2019)	€ 409.494,00	€ 434.524,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, Nulla osta pubbl. sanit., Interessi...)	€ 24.760,00	€ 24.760,00
Entrate per PARTITE GIRO (Incasso quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	€ 253.986,00	€ 253.986,00
TOTALE GEN. DELLE ENTRATE	€ 1.336.034,93	€ 1.455.865,65

**BILANCIO DI PREVISIONE
ASSESTATO 2019**

USCITE	NON ASSESTATO	ASSESTATO
Spese CORRENTI <small>(Spese convocazione assemblea, gettoni Consiglieri, stipendi, condominio, pulizia consumi energia elettrica, acqua, gas, postali, internet, consulenze, assistenza e manutenzione procedure informatiche, macchine...)</small>	€ 842.048,93	€ 931.879,65
Spese in CONTO CAPITALE <small>(miglioramenti sala Riunioni, acquisto procedure Informatiche...)</small>	€ 240.000,00	€ 270.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO <small>(Versamento quote c/FNOMCeO e ritenute varie)</small>	€ 253.986,00	€ 253.986,00
TOTALE GEN. DELLE SPESE	€ 1.336.034,93	€ 1.455.865,65

CONTO CONSUNTIVO ASSESTATO 2018

Approvato dal consiglio dell'OMCeO PG in data 08.04.2018
con il parere positivo del collegio dei revisori dei conti

CONTO CONSUNTIVO 2018

ENTRATE	CASSA	COMPETENZA
F. CASSA/AVANZO DI AMM. al 1 Gennaio 2018	€ 894.389,00	€ 806.322,38
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2018)	€ 437.667,00	€ 408.472,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, Nulla osta pubbl. sanit., interessi...)	€ 21.030,89	€ 20.110,89
Entrate per PARTITE GIRO (Incasso quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	€ 227.675,62	€ 219.80,52
TOTALE GEN. DELLE ENTRATE	€ 686.373,51	€ 648.385,41

CONTO CONSUNTIVO 2018

USCITE	CASSA	COMPETENZA
Spese CORRENTI (Spese convocazione assemblea, spese elezioni, gettoni Consiglieri, stipendi, condominio, pulizia, consumi energia elettrica, acqua, gas, postali, internet, consulenze, assistenza e manutenzione procedure informatiche, macchine, CAMPAGNA PUBBLICITARIA, ELEZIONI...)	€ 436.823,20	€ 434.710,19
Spese In CONTO CAPITALE (miglioramenti sale Riunioni, acquisto procedure Informatiche...)	€ 33.058,17	€ 21.809,93
Spese per PARTITE DI GIRO (Versamento quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	€ 225.907,71	€ 219.802,52
TOTALE GEN. DELLE SPESE	€ 695.789,08	€ 676.313,64

stima, tra l'altro molto prudenziale e non un dato reale), che disponiamo di un cospicuo accantonamento che ci pone al riparo anche da pesanti e pressanti vicissitudini.

La attenzione di tutti, tuttavia, era posta al bilancio consuntivo del 2018.

Questo era il secondo anno dal momento in cui il Consiglio dell'Ordine aveva votato una seconda riduzione della quota, passando dai 110 euro ai 100 (nel 2013) e poi ai 90 (nel 2017), cifra inferiore, spesso significativamente, rispetto alla stragrande maggioranza degli Ordini dei Medici italiani.

In realtà si è trattato di una sfida, un tentativo di tenere più bassa possibile la



quota di noi iscritti, con la consapevolezza che la gestione dell'Ente sarebbe dovuta divenire più attenta e scrupolosa per evitare di finire in forte passivo.

In concomitanza è partita una interessante iniziativa per cui la Federazione avrebbe fornito un consistente, anche se parziale, contributo economico agli Ordini che avessero intenzione di rinnovare la propria sede o le proprie dotazioni, contributo che, naturalmente sarebbe giunto a consuntivo, previa presentazione di un documento di spesa e che pertanto sarebbe benissimo potuto giungere a nuovo anno, sbilanciando così i bilanci ordinari.

La conseguenza di tutto ciò si è appunto tradotta in un qual, seppur contenuto, "passivo" finale, legato, appunto, principalmente ad anticipi di spese che poi recupereremo.

La vera sfida è rimandata ad anno nuovo in cui effettivamente e finalmente capiremo se la quota deliberata, mai così bassa, sia sostenibile per una struttura come la nostra, di anno in anno sempre più complessa ed inevitabilmente onerosa.



LA CONSEGNA DELLE MEDAGLIE PER I 50 ANNI



dott. Renato Enzo Albo



Nato a Grimaldi (CS), Residente a Gubbio (PG)
Laureato a Perugia il 25/07/1969, Specialista in Ostetricia e Ginecologia
(Perugia 10/11/1980) - Primario Ospedaliero



dott. Eugenio Giovanni Branca



Nato a Cirò Marina (KR), Residente a Foligno (PG) - Laureato a Perugia il 25/07/1969,
Specialista in Cardiologia (Perugia 24/07/1972), Specialista in Endocrinologia e
Malattie del Ricambio (Perugia 19/11/1975), Specialista Medicina Legale e delle
Assicurazioni (Roma "La Sapienza" 20/07/1978) - Specialista Ambulatoriale



prof. Giuseppe Capocchi



Nato a Perugia, Residente a Perugia
Laureato a Perugia il 27/02/1969, Specialista in Clinica delle Malattie
Nervose e Mentali (Perugia 23/07/1971) - Professore Universitario



prof. Errico Potito Giuseppe



Nato a Foggia, Residente a Perugia
Laureato a Roma "La Sapienza" il 30/12/1969, Specialista in
Odontoiatria e Protesi Dentaria (Perugia 20/10/1971) - Professore
Universitario
Consigliere OMCeO Perugia 2006/2008



dott. Pietro Donnini



Nato a Pontremoli (MS), Residente a Perugia
Laureato a Perugia il 27/02/1969, Specialista in Pediatria (Perugia
10/12/1971), Specialista in Gastroenterologia (Perugia 30/07/1973) -
Aiuto Ospedaliero, tra i fondatori dell'ANAAO, Responsabile nel 1989
del Servizio Cardiopatie Congenite, e nel 1999 del Servizio Controllo
strategico di Gestione e Qualità della A.O. di Perugia.
Consigliere OMCeO Perugia 2000/2002



dott. Giuliano Fraolini



Nato a Bevagna (PG), Residente a Montefalco (PG)
Laureato a Perugia il 21/11/1969, Specialista in Chirurgia (Perugia
28/11/1978) - Medico di Medicina Generale



prof. Mario Furbetta



Nato a Camerino (MC), Residente a Perugia
Laureato a Perugia il 27/02/1969, Specialista in Pediatria
(Perugia 22/07/1971) -
Professore Universitario



dott. Emilio Carmelo Gentile



Nato a Rogliano (CS), Residente a Perugia
Laureato a Perugia il 28/02/1969, Specialista in Radiologia (Siena
06/07/1972), Specialista in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali
(Perugia 15/07/1974) - Primario Ospedaliero



dott. Mario Mancini



Nato a Spoleto (PG), Residente a Spoleto (PG)
Laureato a Perugia il 28/02/1969, Specialista in Chirurgia (Perugia
12/07/1974), Specialista in Urologia (Firenze 28/07/1978) - Aiuto
Ospedaliero



dott.ssa Fiammetta Marchionni



Nato a Spello (PG), Residente a Perugia
Laureata a Perugia il 20/11/1969, Specialista in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali (Perugia 25/11/1972) - Specialista Ambulatoriale



dott. Eugenio Marona



Nato a Foligno (PG), Residente a Foligno (PG)
Laureato a Perugia il 23/07/1969, Medico di Medicina Generale



dott. Paolo Marvardi



Nato a Gubbio (PG), Residente a Gubbio (PG)
Laureato a Roma "La Sapienza" il 20/12/1969 - Aiuto Ospedaliero



prof. Antonio Morelli



Nato a Amantea (CS), Residente a Perugia
Laureato a Perugia il 24/07/1969, Specialista in Cardiologia (Perugia 16/11/1972), Specialista in Gastroenterologia (Perugia 22/07/1974) -
Professore Universitario



dott. Giovanni Natalini



Nato a Trevi (PG), Residente a Perugia
Laureato a Perugia il 21/11/1969, Specialista in Chirurgia (Perugia 21/11/1974), Specialista in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso (Milano 05/07/1978) -
Primario Ospedaliero



dott. Paolo Orsini Federici



Nato a Pescara, Residente a Perugia
Laureato a Roma il 27/02/1969, Specialista in Odontoiatria (Firenze 19/07/1971) -
Libero Professionista



dott. Giacomo Pierucci



Nato a Perugia, Residente a Marsciano (PG)
Laureato a Perugia il 28/02/1969, Specialista in Anestesiologia (Perugia
08/11/1971) -
Aiuto Ospedaliero



dott. Enrico Pippi



Nato a Roma, Residente a Gualdo Cattaneo (PG)
Laureato a Parma il 17/11/1969, Specialista in Nefrologia Medica
(Parma 09/11/1976)



dott. Renzo Tettamanti



Nato a Como, Residente a Città di Castello
Laureato a Milano il 06/11/1969, Specialista in Malattie Apparato
Cardiovascolare (Roma Cattolica 05/11/1973), Specialista in Medicina
dello Sport (Milano 04/07/1984) - Aiuto Ospedaliero



Foto di gruppo

La Medaglia

Dott. Pietro Domini

Studiammo tanto

Senza rimpianto.

*Allora c'era l'Università
ultima tappa per Roma Città.*

*Belle le prime esperienze,
memorabili le prime urgenze.*

*Poi il tempo cambiò,
non lo stipendio, che fermo restò.*

*Allora i pazienti eran pazienti,
né avvocati né voraci parenti.*

*Nessuno aveva un'assicurazione,
anche perché non c'era ragione.*

*Non c'era lo stress, non c'erano liti
Ora purtroppo son tutti esauriti.*

*E ora finisco ... il ricordo è lontano,
è da quel dì che passammo la mano.*

*Questa medaglia andrebbe donata,
se vai in pensione, in quella data.*

*Adesso la sento alla memoria,
ci manca poco a tirare le cuoia!!*

LA CONSEGNA DEL PREMIO DI LAUREA INTITOLATO ALLA MEMORIA DEL DOTT. FABIO GIAIMO



dott. Francesco Anniciello



Pancreatic Stone Protein (PSP): potenziale marker di sepsi in fase precoce. Risultati preliminari di uno studio clinico multicentrico

LA CONSEGNA DEL PREMIO DI LAUREA INTITOLATO ALLA MEMORIA DEL PROF. UGO MERCATI



dott. Filippo Tommaso Gallina



Valutazione della risposta infiammatoria sistemica in pazienti affetti da neoplasia polmonare non a piccole cellule sottoposti a lobectomia per via video-assistita e toracotomica”

LA CONSEGNA DEL PREMIO DI LAUREA INTITOLATO ALLA MEMORIA DEL DOTT. LUIGI BALDUCCI



dott. Giovanni Angelo



Valore diagnostico e prognostico dell'ecografia polmonare durante l'ecocardiografia da sforzo nei pazienti con scompenso cardiaco a frazione d'eiezione conservata

LA CONSEGNA DEI PREMI DI LAUREA INTITOLATI ALLA MEMORIA DEL DOTT. DOMENICO TAZZA E DEL PROF. CESARE FIORE



dott. Lorenzo Bodo



Interazione tra PCSK9 e Indoleamina 2,3 - diossigenasi nella regolazione della risposta infiammatoria durante la sepsi: studio osservazionale sull'uomo



dott. Filippo Figorilli



Cellule staminali mesenchimali umane indotte alla pluripotenza: un nuovo approccio sperimentale alla terapia cellulare e molecolare per il diabete mellito di tipi I



dott.ssa Claudia Martini



La terapia adottiva con cellule T-regolatorie ed effettrici elimina la recidiva leucemica dopo trapianto di cellule staminali emopoietiche da donatore HLA-aploidentico



dott.ssa Marina Romozzi



Il ruolo di SV2A sugli effetti avversi neuropsichiatrici in pazienti con epilessia tumorale: correlazioni cliniche ad anatomopatologiche



*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.

