



Bollettino

3-4
2010

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA
ANNO XLVII - 3-4/2010



Divulgazione
Scientifica a
carattere Medico

pagina 4

Medici competenti
Gare di appalto al
ribasso

pagina 6

La termoablazione
laser per via
percutanea

pagina 14

Speciale Linee guida
Pubblicizzazione
informazione
sanitaria

pagina 14

Intervista al prof.
Riccardo Calafiore:
novità sulla cura
del diabete mellito

pagina 45

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

Anno XLVII – 3-4/2010

SOMMARIO

Premessa	3
Divulgazione Scientifica	4
Medici competenti	6
Allarme abuso alcol	9
Centralizzazione	10
Una piccola ricerca storica	12
La termoablazione laser	14
L'Alluce Valgo	17
Risvegli	18
Speciale Linee guida	19
65° Congresso Nazionale Fimmg-metis	31
Quelli con la giacca di pelle e le frange	33
Bpco e Corticosteroidi	34
Il registro Italiano dei Medici	35
Anamnesi e Privacy	36
Ricordo di un amico e collega	38
Congresso Regionale Andi Umbria 2010	39
La chiusura di alcuni Centri Low-Cost	40
Decreto Legislativo 24.2.1997, n. 46	41
Fondazione Onaosi nuovo statuto	43
Intervista al prof. Riccardo Calafiore	45

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
Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario
Dott. Valerio Sgrelli

Consiglieri
Dott. Stefano Caraffini
Dott. Silvio D'alessandro
Dott.ssa Maria Antonietta De Santis
Dott. Andrea Donati
(Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare Fiore
Dott. Piero Grilli
Dott. Alessandro Maria Pio Lamedica
Dott. Stefano Lentini
Dott. Sabatino Orsini Federici
Dott.ssa Stefania Petrelli
Dott. Gianluigi Rosi
Dott. Tiziano Scarponi
Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi
Dott. Domenico Tazza (Presidente)
Dott. Ezio Bertoldi
Dott. Dott.ssa Alessandra Fuca'

Membro supplente
Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente
Dott. Andrea Donati

Componenti
Dott. Leonardo Cancelloni
Dott. Giovanni Battista Genovesi
Dott. Marco Marchetti
Dott. Antonio Montanari

BOLLETTINO

Direttore responsabile
Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale
Dott. Stefano Lentini

Comitato di redazione
Dott. Antonio Montanari
Dott. Marco Petrella
Dott.ssa Stefania Petrelli
Prof. Fausto Santeusano
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Domenico Tazza
Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione
Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione,
impaginazione e stampa
Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012
E-mail presidente@omceopg.it
segretario@omceopg.it
uffici@omceopg.it
commissioneodo@omceopg.it
previdenza@omceopg.it
Sito Internet www.omceopg.it

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*



Cari colleghi con il presente numero, come avete senza dubbio notato, il nostro bollettino ha cambiato veste tipografica, perché? Se dovessi rispondere con sincerità non saprei indicare una motivazione precisa. Senza dubbio il poter avere una grafica valida a dei costi più contenuti e la possibilità di poter sfruttare una più vasta gamma di colori sono stati i fattori che hanno spinto il Consiglio dell'Ordine ad optare per il cambiamento. Crediamo pertanto di avere fatto una scelta opportuna. Probabilmente qualche collega rimpiangerà le pagine bianche e rosa dei vecchi numeri del bollettino: come ha detto qualcuno infatti, l'abitudine crea difficoltà al rinnovamento e quello che all'improvviso viene a mancare viene percepito come indispensabile, anche se sino al giorno prima non veniva nemmeno considerato. Cogliamo anche questa occasione per invitare tutti a collaborare e a scrivere su queste pagine.

Andando in giro per convegni, congressi ed aggiornamenti quello che si registra con intensità più alta sono i mugugni dei colleghi sulla situazione della categoria, sull'insoddisfazione e talora sulla rabbia derivante dalle scelte della politica, dallo strapotere delle problematiche economiche su quelle scientifiche e chi più ne ha più ne metta. Perché allora non prendere carta e penna e provare a trasformare il mugugno in qualcosa di costruttivo e proficuo? Il Bollettino accoglie da sempre tutte le considerazioni e le riflessioni che possano portare un contributo positivo all'analisi e alle scelte di politica professionale.

Concludo augurando il buon lavoro alla Tipolitografia Recchioni di Foligno con la quale da questo numero iniziamo a collaborare.

Tiziano Scarponi



Divulgazione Scientifica a carattere Medico: riflessioni da un'esperienza personale

Dott. Tiziano Scarponi

Il verbo divulgare ha per i più un significato positivo: diffondere, far conoscere ad una vasta utenza nozioni e teorie che sarebbero altrimenti dominio di una ristretta cerchia di specialisti. Senza addentrarci in considerazioni di profonda semantica, facendo magari riferimento all'etimologia vediamo che divulgare deriva dal latino "dis-" da diverse parti" e vulgare "diffondere, spargere alle moltitudini", da vulgus" gente comune, volgo" e da qui forse qualcuno potrebbe adombrare che non tutto sia propriamente positivo, ma che ci possano essere anche delle criticità e degli aspetti problematici. Premetto che non è mia intenzione, non sarebbe tra l'altro nelle mie possibilità, affrontare l'argomento in maniera esaustiva o arrivare a delle conclusioni, intendo invece aprire un dibattito ed un confronto all'interno della nostra professione, partendo come è mia abitudine, dalla mia esperienza personale. Due anni or sono la mia società scientifica di cui ero presidente per la provincia di Perugia, insieme alla Croce Rossa Italiana, organizzò a livello nazionale una fine settimana per promuovere e divulgare la cultura della prevenzione del rischio cardiovascolare: in quasi tutte le più importanti piazze d'Italia in una o più autoambulanze, crocerossine e medici di famiglia avrebbero distribuito materiale informativo ed intervistato i passanti, rilevato il peso, l'altezza e i valori della pressione arteriosa e, quelli che accettavano, sarebbero stati punti per un prelievo capillare per la determinazione all'istante di glicemia e colesterolo totale per mezzo di un fotometro. Il reclutamento dei colleghi fu lavoro improbo e dispendioso. A differenza infatti di un ospedale o di una clinica universitaria in cui una volta che il primario ha deciso scatta un meccanismo gerarchicamente organizzato per cui è cosa fatta, nel territorio è tutt'altra musica. Quanti messaggi di posta elettronica ho inviato, quante ore ho passato al telefono per sollecitare, convincere, trovare adesioni facendo leva maggiormente sul rapporto personale che altro: chiedere di sacrificare il proprio tempo libero probabilmente è oggi la richiesta più

onerosa che possa essere fatta a un medico. Alla fine però la spuntai, trovai un numero sufficiente di colleghi che, ruotando in turni, avrebbero garantito il presidio del centro operativo dell'evento e fu così che ci trovammo all'inizio di una gelida mattinata di febbraio in Piazza della Repubblica a Perugia davanti ad un ambulatorio mobile della Croce Rossa Italiana. Si cominciò subito male, il Comune infatti non aveva rilasciato in tempo il permesso di occupazione di suolo pubblico, per cui dopo una trattativa concitata con gli ufficiali della polizia municipale riuscimmo ad ottenere solo un'autorizzazione per sosta prolungata come per scarico merci, senza la possibilità quindi di poter aprire la tensostruttura a veranda facente parte dell'ambulatorio su ruote. Questo influì molto negativamente sullo svolgimento dell'evento, in quanto tutta la logistica venne rivoluzionata: spazio coperto ridotto al minimo, l'interno dell'autoambulanza riservato ovviamente alle signore della Croce Rossa che con quella divisa, a metà strada fra la suora e l'infermiera, non avrebbero potuto resistere alla fredda tramontana che batteva Corso Vannucci in quel sabato mattina, quella tramontana che noi Perugini DOC impariamo a rispettare sin dalla nostra infanzia. Alla fine, comunque, verso le ore nove l'evento iniziò: dentro le crocerossine a misurare, pesare e pungere, fuori noi medici di famiglia ad intervistare, motivare e convincere i passanti attirati dal volantino distribuito dai volontari della Croce Rossa. Questi ultimi erano tre o quattro marcantoni vestiti con tute sfavillanti che con fare fiero e sapiente facevano da apripista con il materiale cartaceo che indicava gli obiettivi e i motivi di quell'iniziativa. Come nei film dell'orrore, dove appena cala la notte sbucano da ogni dove strane creature fra lo zombi ed il vampiro per concentrarsi nei pressi di una luce o di un qualcosa che li attira, così accadde che in poco più di un quarto d'ora venimmo quasi accerchiati da un discreto numero di soggetti materializzati dai vicoli circostanti il Corso: barboni, eroinomani, donne anziane abbruttite dall'alcool e altri es-

seri avvolti in sudice coperte di lana che con grande sforzo potevano chiamarsi umani. Chi chiedeva un pasto caldo, chi un cappotto, chi una giacca... non nascondo che rimasi stupito nel vedere quello spettacolo che mai pensavo avrei visto nella mia città, mi sentii anche molto impotente e per certi aspetti anche fuori luogo dal momento che avrei dovuto parlare dei rischi di una dieta ipercalorica e di tutte quelle problematiche legate alla cosiddetta civiltà del benessere. Comunque sia, come alla svelta erano arrivati, una volta capito che le loro aspettative non sarebbero state soddisfatte, alla svelta delusi si ritirarono, mimetizzandosi nelle vie traverse da dove erano partiti. Venne poi la volta dei titolari e dei dipendenti delle attività commerciali del centro storico, arrivarono tutti quelli con delle precise caratteristiche comuni: ultracinquantenni, con episodi coronarici alla anamnesi o con storia di ipertensione arteriosa o diabete mellito. Tutti di fretta, con poca voglia di "chiacchierare", ma con l'obiettivo di farsi misurare la pressione e la glicemia e il colesterolo... avere una seduta ambulatoriale al volo, comoda e senza tanta fila, prima di iniziare a lavorare, non capita tutti i giorni. Mentre questi non avevano tempo da perdere, tutta altra cosa fu con quelli che vennero dopo: pensionati, giovani nulla facenti, frequentatori abituali del "passeggio" del Corso. Anche di costoro arrivarono tutti quelli con delle caratteristiche comuni: tanto tempo a disposizione, tanta voglia di parlare e di tirare fuori le proprie ansie ed angosce, tanta solitudine da dover riempire. Qui non ci furono problemi di reclutamento, si avvicinavano spontaneamente, accaparravano tutto il materiale informativo possibile ed una volta usciti dall'autoambulanza con il dito avvolto dal cotone idrofilo in bell'evidenza ritornavano a commentare il risultato della glicemia o del colesterolo. Era l'occasione per poter tirare fuori tutti i propri problemi di salute presunti o veri, per potersi confrontare con dei medici che non conoscendoti si relazionavano non in maniera preconcetta, non ti liquidavano con la solita etichetta del depresso e dell'ansioso. In tarda mattinata cominciò l'affluenza variegata: la casalinga con le borse della spesa che era interessata non tanto per se stessa quanto per il marito, l'insegnante che da poco tempo era diventato iperteso, la signora con lieve iperglicemia che era al centro per acquisti e così via... si avvicinarono senza dubbio quasi tutte le categorie sociali e i livelli culturali, qualcuno, avendo letto nei giornali dell'iniziativa,

aveva con sé persino le "analisi" fresche di laboratorio. Quello che mi preme sottolineare è che tutti quelli che si erano presentati avevano comunque un problema di salute e la maggior parte faceva già terapia, i soggetti, insomma, da prevenzione vera, quasi nessuno. Si potrà ribattere che comunque è stata un'esperienza valida: rafforzato il concetto sulla prevenzione secondaria, pescati diversi pazienti al di fuori dei parametri di normalità, sensibilizzata e rassicurata molta gente, bella figura della medicina di famiglia e della Croce Rossa Italiana ed è da questa ultima affermazione che voglio proseguire. All'inizio della mia attività professionale, oramai fine anni 70, di Medicina si parlava quasi esclusivamente fra gli addetti ai lavori e le esternazioni ai profani, anche se non veniva detto, erano viste quasi "tradimento dei chierici", come se il parlare in pubblico di tali argomenti sminuisse il valore del medico e della Medicina stessa. Con il diffondersi della cultura di massa, dello sviluppo dell'informazione e della comunicazione, della pleora medica e per tanti altri motivi, questa situazione si è completamente ribaltata. Ogni quotidiano o rivista ha dedicato uno spazio all'informazione sanitaria, rubriche televisive con argomento medico sono spuntate come i funghi ed ogni capitolo, ma che dico, ogni pagina di patologia ha la propria associazione di pazienti che organizza avvenimenti, incontri ed iniziative sotto la regia più o meno occulta di qualcuno. Sono quindi nate le giornate dell'ipertensione arteriosa, della fibrosi cistica, dell'osteoporosi e della cefalea e tante altre; le giornate si sono trasformate in settimane passando dalla semplice raccolta di fondi finalizzati all'assistenza ed alla ricerca a delle vere e proprie maratone di tavole rotonde, conferenze, presentazione di libri e periodici con tanto di rinfresco e punto di vista dell'eminenza clinica di turno. A questo punto penso sia legittimo chiederci se tutte queste occasioni di divulgazione di argomenti medici siano realmente utili alla popolazione, servano veramente a promuovere educazione alla salute o tutto sommato realizzino altri obiettivi. Perdonatemi la malizia, ma dietro a tanti buoni propositi spesso si nascondono interessi commerciali di case farmaceutiche ed aziende produttrici di ausili ed articoli legati alle malattie, mania di protagonismo di giornalisti e clinici, modalità autoreferenziale di questa o quella disciplina medica. E' questo il modo di promuovere la salute dei cittadini? Il motto che tutto fa spettacolo deve valere anche in sanità? Parliamone insieme.

Medici competenti - Gare di appalto al ribasso per il servizio di sorveglianza sanitaria.

Dott. Graziano Conti

La Federazione Nazionale in data 10.3.2010 ha preso in esame il fenomeno delle "gare al ribasso" per l'affidamento del servizio di sorveglianza sanitaria dei lavoratori che molte Amministrazioni Pubbliche hanno via via posto in essere interessando le competenti autorità Ministeriali. Questo Ordine aveva già preso atto del problema nel passato, tanto che nel numero 4/2006 del nostro bollettino pubblicai un articolo in cui tra l'altro scrivevo che l'approvazione del c.d. Decreto Bersani al di là dei singoli aspetti aveva un problema di fondo: "Che è quello di non aver considerato la peculiarità delle prestazioni sanitarie e di aver inserito la salute, bene fondamentale, nel calderone della concorrenza e delle leggi di mercato. Di fatto i primi deleteri effetti di certe scelte non tardano a manifestarsi. Mentre per gli appalti pubblici gli oneri per la sicurezza non sono soggetti a ribasso d'asta, per le attività in campo sanitario non ci sono remore. Ho avuto modo di vedere recentemente una gara per prestazioni sanitarie ex Legge 626/94 effettuata da una Università di una Regione limitrofa. Ebbene nella valutazione delle offerte si attribuiscono 40 punti ai titoli, alla carriera, alle precedenti esperienze nel medesimo campo, alla preparazione dei sanitari (quindi alla professionalità e alla competenze tecniche e organizzative del medico) e 60 punti al ribasso della somma posta a base della "gara". Il "collega" risultato primo avrebbe offerto un ribasso di circa il 60%. Negli appalti pubblici un'offerta del genere sarebbe considerata "anomala", cioè una offerta che, secondo criteri predeterminati, si discosta dalla media delle altre in modo tale da non essere accettabile se non con adeguate giustificazioni e motivazioni sulla possibilità di offrire prezzi così bassi, per esempio in caso di opere pubbliche: l'abbattimento delle spese di trasporto per la vicinanza del cantiere alla ditta o

la presenza in magazzino di materiali acquistati a prezzi favorevoli in precedenza, ecc. Motivazioni che, francamente, in caso di visite mediche non ritrovo. In pratica, tenuto conto delle prestazioni richieste e del numero dei potenziali fruitori, la media per le prestazioni a favore di ogni "assistibile" sarebbe di €. 20 annui lordi. Con tutta la fiducia nelle capacità professionali del collega mi permetto di nutrire qualche riserva (a parte il "decoro" e la "dignità" della professione e senza entrare nel merito della qualità) sul servizio reso. Si dice abitualmente che la "salute non ha prezzo" ma per mantenere le competenze di un medico che opera in condizioni in cui – come è stato detto – i fatti sono incerti, i valori controversi, i rischi elevati e le decisioni urgenti sarebbe opportuno e indispensabile riconoscerle un "valore" piuttosto che un "prezzo", per di più soggetto a sconti".

A distanza di anni della questione si è interessata anche la FNOMCeO che con la nota di cui sopra ed una successiva del 12/4/2010 che riportiamo, ha investito della questione i Ministeri della Salute, del Lavoro, Delle Politiche Sociali e della Funzione Pubblica

Nota della FNOMCeO del 12/04/2010 inviata al Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio, Ministro del Lavoro e Politiche Sociali On. Maurizio Sacconi e Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione Prof. Renato Brunetta.

Illustre Ministro, questa Federazione che è un ente pubblico esponenziale dell'intera categoria medica ha espresso a più riprese forti elementi di criticità in ordine alla prassi consolidata di indire gare di appalto al ribasso per l'affidamento del C.d. "servizio di sorveglianza sanitaria" di cui all'art.

41 del D.Lgs 81/08 e successive modificazioni e integrazioni". Si rileva innanzitutto che nell'ambito del nuovo sistema di prevenzione disegnato dal D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e Integrazioni ruolo preminente, anche ai fini della valutazione dei rischi e delle Interferenze e ai fini della attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza, è assegnato al medico competente. Il medico competente svolge funzioni di integrazione del sistema organizzativo complessivo della "sicurezza" dei luoghi di lavoro. essendo titolare di obblighi anche "operativi" e fondamentali nella gestione integrata del sistema sicurezza. Le preoccupazioni di questa Federazione rivestono esplicitamente aspetti di carattere deontologico, professionale e correlativamente di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Giova infatti rilevare che appare discutibile che le prestazioni professionali del medico competente siano equiparate ad un servizio: al tempo stesso in ordine a tale prassi si sottolinea che il D.Lgs. 163/06 recante "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" prevede all'art. 2. comma 2 che il principio di economicità possa comunque essere derogato ove si tratti di materia inerente alla tutela della salute. l'indizione di bandi di gara al ribasso per il "servizio di sorveglianza sanitaria da parte di imprese private e di pubbliche amministrazioni si pone di conseguenza in contrasto con l'elaborazione di corrette procedure per l'adozione e la efficace attuazione di modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro. Questa Federazione ritiene che l'utilizzo del criterio del prezzo più basso in luogo dell'offerta più Qualificata comporta il rischio di scelte che vanno a scapito della Qualità della prestazione professionale e correlativamente della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro. Si rileva peraltro che nella gran parte dei bandi al ribasso Indetti da imprese e da pubbliche amministrazioni sia già contenuto il protocollo sanitario da applicare e ciò in violazione della normativa vigente che prevede che sia il medico competente, che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, a determinare il relativo protocollo di sorveglianza sanitaria

finalizzato alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. Si precisa inoltre che nei singoli contatti di appalto, subappalto e somministrazione debbano essere specificamente indicati, a pena di nullità, i costi relativi alle misure adottate per eliminare o ridurre al minimo i rischi derivanti dalle interferenze delle lavorazioni e che tali costi non debbano essere soggetti a ribasso. Con riferimento alle gare di appalto per il servizio di sorveglianza sanitaria e i relativi connessi aspetti deontologici si precisa che l'art. 54, comma 1, del codice di deontologia medica prevede che "nell'esercizio libero professionale, fermo restando il principio dell'intesa diretta tra medico e cittadino e nel rispetto del decoro professionale, l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati". La disposizione di cui sopra deve poi essere posta in correlazione con l'art. 70 dello stesso codice che reca norme in materia di qualità delle prestazioni e dispone che "il medico dipendente o convenzionato debba esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale. Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato". Si rileva quindi che la fatti specie indicata in oggetto, oltre a creare un conflitto tra norme giuridiche e norme deontologiche, appare lesiva dell'interesse primario e costituzionalmente rilevante della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Pertanto, stante quanto suesposto, si chiede l'intervento della S.V. al fine di una attenta riflessione in ordine ad una prassi consolidata, di indire gare di appalto al ribasso per Il c.d. "servizio di sorveglianza sanitaria", che,

violando gli aspetti deontologici, pone una serie minaccia ad una efficace attività di prevenzione sui luoghi di lavoro. Riteniamo infine che i delicati temi sollevati rendono assolutamente necessaria la costituzione, in pieno spirito collaborativo o, di un tavolo tecnico sulle modalità e procedure di affidamento degli incarichi di "sorveglianza sanitaria" nei luoghi di lavoro che dovrebbe vedere coinvolti rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero della Salute e della FNOMCeO al fine di conseguire una efficiente rete di servizi professionali ed una efficace tutela del diritto alla sicurezza dei lavoratori.

Cordiali saluti
Amedeo Bianco

E questa è la risposta del Ministero che in gran parte riprende i concetti espressi nel mio articolo del 2006.

Nota del Ministero della Salute del 18/06/2010 inviata alla FNOMCeO

Con riferimento alla richiesta in oggetto, di apertura di un tavolo tecnico, pur manifestando a! riguardo ampia disponibilità, si rappresenta tuttavia che gli aspetti attinenti ai costi in materia di salute e sicurezza sul lavoro non soggetti a ribasso, riferibili anche ad appalti del servizio di sorveglianza, risultano già chiaramente disciplinati dall'articolo 26 comma 5 del Dlgs 81/2008. In particolare nella predisposizione di gare d'appalto il comma 6 del sopra citato articolo dispone che gli enti sono tenuti in ogni caso a valutare che il valore economico sia adeguato rispetto al costo del lavoro e al costo relativo alla sicurezza e che, rispetto all'entità e alle caratteristiche dei lavori, dei servizi o delle forniture, tale costo sia congruo rispetto ai valori economici previsti dalla contrattazione collettiva dello specifico settore o, in mancanza, dal contratto collettivo del settore più vicino. Ne consegue che i compensi dei sanitari che dovranno assicurare il servizio oggetto della gara d'appalto non possono subire ribassi tali da renderli non in linea con i compensi previsti

dal contratto collettivo nazionale di lavoro di riferimento, con relativa salvaguardia anche del decoro professionale. Altrettanto inequivocabile, a tutela della qualità delle prestazioni, risulta essere la condizione che i protocolli sanitari da applicare nell'ambito della sorveglianza sanitaria sono stabiliti dal medico incaricato di assicurare tale prestazione (sia esso dipendente o collaboratore di una struttura pubblica o privata o libero professionista) in funzione sia dei rischi specifici, sia degli indirizzi scientifici più avanzati, stante al riguardo le previsioni della lettera b del comma 1 dell'articolo 25 del decreto 81/2008. Ulteriori elementi chiarificatori possono essere tratti anche dalla determinazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture n. 5/2008 del 8 ottobre 2008. Tale determinazione, avente come oggetto l'utilizzo del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa negli appalti di lavori pubblici, con riferimento al ribasso nelle gare d'appalto prevede testualmente che: "Il criterio del prezzo più basso può reputarsi adeguato al perseguimento delle esigenze dell'Amministrazione quando l'oggetto del contratto non sia caratterizzato da un particolare valore tecnologico o si svolga secondo procedure largamente standardizzate." Da quanto sopra riportato appare evidente che il c.d. "servizio di sorveglianza sanitaria" non può essere oggetto di gare di appalto al ribasso da parte di pubbliche Amministrazioni se non altro per le caratteristiche intrinseche di non standardizzazione del servizio stesso.

Il Direttore dell'Ufficio II
Dr. Giancarlo Marano

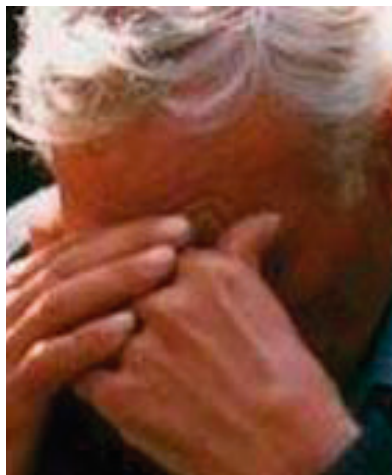
SI INVITANO PERTANTO TUTTI GLI ISCRITTI A VIGILARE E A SEGNALARE TUTTI I CASI IN CUI ENTI LOCALI, PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI E AZIENDE CONTINUINO AD INDIRE GARE AL RIBASSO AVENTI AD OGGETTI PRESTAZIONI SANITARIE MEDICHE.

Allarme abuso alcol e sostanze tossiche nella popolazione anziana

Prof. Fortunato Berardi

Oltre che nei giovanissimi, aumenta anche nella popolazione anziana l'abuso di alcol e sostanze psico-attive, legali o meno. Questo è emerso dal X° congresso della Società Italiana di Psicogeriatrics (S.i.p.) a Gardone Riviera di Brescia. Alla base del problema si possono identificare: il pensionamento precoce, la crisi economica, le separazioni coniugali in tarda età e l'emarginazione sociale. Tutte circostanze tensive che possono indurre molti anziani a cercare sollievo e conforto nell'alcol; o ad abusare di sedativi, ansiolitici, analgesici, ecc. Sono a rischio di eccessi alcolici gli anziani fumatori o ex tabagisti; tra costoro, la percentuale a rischio di abuso è del 95% maggiore rispetto agli over 65 che non hanno mai fumato. Marco Trabucchi, Presidente S.i.p., dopo aver rilevato che gli anziani bevono per lo più alcol ai pasti, quello contenuto nel vino, senza rischi, osserva che bere moderatamente non danneggia la salute. Il problema rimane sempre quello della quantità di alcol ingerito. Insomma, non si dovrebbero bere più di due-tre bicchieri di alcolici al giorno, se ben tollerati; perché l'abuso di questi è particolarmente dannoso a tutte l'età. Degli oltre 35.000 decessi annuali correlati all'alcol, per patologie quali malattie cardiovascolari, tumori e cirrosi epatica, ben 20.000 interessano individui con un'età superiore ai 65 anni. Anche gli incidenti stradali letali che coinvolgono gli over 65 sono in netto aumento e, sostanzialmente, pari a quelli giovanili. Sovrapponibili anche le dinamiche, perché almeno un 12% degli anziani si pone alla guida di autoveicoli dopo aver bevuto tre o più bicchieri di vino; con capacità e riflessi attenuati. Non infrequentemente poi, gli effetti negativi degli alcolici si sommano a quelli dei farmaci, assunti in modo incongruo, anche per eventuali patologie croniche. Infatti, uno o due anziani su dieci assumono diversi farmaci psico-attivi al giorno, siano essi

analgesici oppioidi, ansiolitici o sedativi. Spesso, per la necessità di ridurre l'ansia da solitudine o per difficoltà economiche. Alcuni, addirittura, ne aumentano le dosi, senza il controllo del medico curante. Si stima, inoltre, che siano circa 10.000 di over 65 che fanno uso di cocaina e di altre sostanze tossiche, come amfetamine o marijuana, realizzando in tal modo una situazione di "abuso multiplo" in quei pazienti che già assumono numerosi farmaci per motivi clinici. Si può, quindi, istaurare una "micidiale miscela", con danni al fegato, ai reni, al cervello, ecc. Per queste ed altre motivazioni è fondamentale uno stretto controllo dei consumi dell'alcol e sull'assunzione di farmaci nell'anziano; controllo che non può essere esercitato se non dai familiari. A questi spetta l'impegno di alleviare al massimo le difficoltà esistenziali del congiunto anziano, allertandolo anche sulla negatività della "malattia dell'abuso". Il compito del medico curante, ha sottolineato Trabucchi nel convegno della S.i.p. (Società Italiana di Psicogeriatrics), è quello di aiutare le famiglie nello stabilire l'intervento più idoneo (psicofarmacologico o disintossicante); anche con la partecipazione a gruppi quali: club di alcolisti in trattamento (CAT) o alcolisti cronici (AA.), che consentano all'anziano di porsi sullo stesso piano di altre età: con simili doveri, responsabilità e capacità di recupero.



Centralizzazione

Dott. Marco Rondini - Pronto Soccorso Azienda Ospedaliera Perugia

Centralizzare è una prerogativa del 118: significa condurre pazienti gravi direttamente all'Ospedale di Perugia senza passare per l'ospedale più vicino o di competenza territoriale o della USL di appartenenza.

Fino a qualche anno fa l'ambulanza rientrava sempre e comunque all'Ospedale più vicino; da qualche anno però, al fine di migliorare la risposta assistenziale in casi particolarmente gravi o urgenti, si è stabilito che pazienti soccorsi dall'ambulanza del 118 in territorio di competenza di ospedali periferici, possano essere portati direttamente all'ospedale di Perugia saltando la normale destinazione verso l'ospedale più vicino.

Ciò si verifica prevalentemente di notte e nei fine settimana, quando gli ospedali di zona sono meno efficienti, ma poi alla fine si centralizza a tutte le ore di tutti i giorni. La decisione di effettuare l'accesso direttamente a Perugia è presa dal medico del 118 sul luogo dell'incidente o al domicilio in caso di patologie mediche.

La centralizzazione è stata concepita al fine di accorciare i tempi di accesso alle cure intensive nella consapevolezza che tali cure, specialmente di notte e nei fine settimana, non possano essere erogate nelle sedi periferiche in caso di:

- CODICI ROSSI
 - Politraumatizzati / traumi maggiori
 - STEMI (segment elevation myocardial infarction)
 - Stroke
 - In genere grave pericolo di vita

Già al momento della istituzione della centralizzazione si intuivano i possibili vantaggi in caso di emergenza grave ma anche i possibili scompensi assistenziali si sarebbero potuti verificare;

ciò è quanto si è puntualmente verificato:

TIPO DI PATOLOGIA / MOTIVO DELLA CENTRALIZZAZIONE

- traumi maggiori e politraumi / "secondo protocollo"
- traumi di minore gravità / "da noi non c'è il radiologo" (In realtà c'è ma è reperibile: perché chiamarlo a casa quando qui è già presente sul posto, in guardia attiva?)
- traumi di media gravità / "da noi non c'è l'ortopedico".
- traumi cranici minori / "da noi non c'è la TAC e poi la notte non funziona" / "Ma che bisogno ha di una TAC urgente?" / "Fin'ora era in coma.. ha ripreso coscienza alla rotonda.."
- Infarto Miocardico ST slivellato / Come da protocollo
- Dolori toracici non STEMI / "Ma se poi gli enzimi dovessero positivizzarsi?" " e comunque una volta portati qui.."
- Traumi toracici chiusi / "da noi non c'è il radiologo né la chirurgia toracica"
- Traumi toracici minori / "Respirava veramente male.. Ho dovuto dargli ossigeno per tutto il viaggio.. Ha cominciato a star meglio alla rotonda"
- Stroke / Come da protocollo
- TIA / "e se poi evolvesse in Ictus?"
- Sincope / "Li per li pensavo fosse un Ictus, poi qui alla rotonda si è ripreso.. ora sta bene ma ormai ero qui.."
- Edemi Polmonari gravi / "da noi non c'è il cardiologo"
- Edemi Polmonari minori / "era gravissimo quando l'abbiamo preso ma dopo il lasix è migliorato repentinamente qui alla rotonda"
- Insufficienza respiratoria / "senti quei crepitii: per me era un EPA e poi è migliorato dopo il lasix qui alla rotonda"

In pratica di notte e nei fine settimana, la maggior parte dei pazienti ultra ottantacinquenni essendo sempre abbastanza “malmessi” sono condotti direttamente qui, e quando non sono sufficientemente malmessi è solo perché sono migliorati qui alla rotonda.

La nostra Rotonda, qui fuori dell’Ospedale fa veramente miracoli: consiglio tutti, se non vi sentite un granché bene, di venire a fare uno o due giri.

Obettivamente i medici del 118 degli ospedali periferici non hanno tutti i torti (*probabilmente al loro posto farei come loro ma non andate a dirglielo*) trovandosi spesso a dover far fronte in prima persona a situazioni particolari: finché c’era l’obbligo “*L’ambulanza deve rientrare all’ospedale di competenza territoriale*” non c’era scelta, ma nel momento in cui si deroga alla norma “*In caso di emergenza l’ambulanza può centralizzare*” si lascia al medico del 118 l’onere di dover decidere in prima persona, sotto la propria responsabilità, in pochi minuti, sul territorio, senza molti mezzi diagnostici e in casi di richieste extra ordinarie di centralizzare:

- su richiesta del paziente o insistenze di parenti che preferiscono Perugia,
- perché nell’ospedale di competenza territoriale non ci sono posti letto disponibili,
- perché il medico del 118 è solo e, se deve fare un’altra uscita, avrebbe difficoltà ad assistere il paziente nel pronto soccorso del suo ospedale,
- perché in alcune realtà periferiche il medico del 118, di notte lavora solo lui, fa anche da guardia interdivisionale e avrebbe ancor più difficoltà: dovrebbe portare il paziente al suo ospedale, accettarlo, ricoverarlo, fare la cartella e poi seguirlo e curarlo sapendo di dovere di nuovo uscire in ambulanza in caso di chiamata,

Stà di fatto che la “centralizzazione”, nata come un provvedimento salvavita per i casi di emergenza, sta diventando il modo per portare al Santa Maria della Misericordia qualsivoglia patologia provocando, specialmente nelle ore notturne e festive, non pochi scompensi

assistenziali e organizzativi sia in Pronto Soccorso, sia in fase di ricovero ospedaliero, data la cronica scarsità di posti letto.

Naturalmente i pazienti “centralizzati” in gravi condizioni vengono ricoverati ma alla fine anche quelli in cui le indicazioni alla centralizzazione sono un pochino diciamo così “forzate”, vengono lasciati al triage (cioè in sala d’aspetto) e l’equipaggio del 118 si allontana rapidamente (per non sentirsi dire “ma che ce l’hai portato a fare” “ma non lo sai che qui è tutto pieno?”) cosicché poi, dopo gli accertamenti o l’eventuale medicazione o sutura, devono essere trattenuti e ricoverati solo perché non c’è modo di riportarli nella usl di provenienza.

Basta, non c’è altro da aggiungere, non ci sono conclusioni né suggerimenti, non so dove sia, né se ci sia ragione o torto, non so se in altre realtà o ospedali maggiori succeda altrettanto.

Forse è un segno dei tempi, forse è il primo passo verso la centralizzazione “globale” e la riconversione di piccoli ospedali, forse anacronistici



Una piccola ricerca storica sul punto nascita di Spoleto

Dott. Tommaso Ciacca - Anestesista rianimatore presso l'Ospedale di Spoleto

Nel fare una ricerca retrospettiva sul taglio cesareo presso l'ospedale di Spoleto, ho avuto, grazie all'archivio del S. Matteo degli Infermi, la possibilità di consultare il registro dei parti che fu inaugurato il 26 febbraio del 1962 con la prima nascita avvenuta nell'allora neonato reparto di Ostetricia e Ginecologia.

Fino a pochi anni prima, in ospedale si partoriva di rado, in occasione di travagli difficili e per cesarei programmati che venivano effettuati dal chirurgo generale. Per gran parte degli anni '50 il parto si svolgeva in casa e l'assistenza era garantita dalle ostetriche di condotta.

A quel tempo non era considerato di buon auspicio da parte della futura madre partorire in una struttura ospedaliera; poteva quasi rappresentare un disonore.

Predominavano credenze e superstizioni oltre a forme di pudore nei confronti del personale ospedaliero, in gran parte maschile.

Le ostetriche si recavano a domicilio delle gestanti con ogni mezzo a disposizione.

Spesso direttamente con le proprie gambe, sulla groppa di un somaro, in bicicletta, in moto o accompagnate anche con i carretti agricoli dai futuri padri. La nascita a domicilio era caratterizzata da tutta una serie di ritualità, le donne erano al centro della scena, gli uomini confinati in cucina in una attesa spasmodica che poteva poi esplodere in atti di giubilo o di disperazione. Il taglio cesareo era una sorta di rimedio estremo e la mortalità materna nel 1955 molto più elevata che ai giorni nostri.

Nel periodo postbellico vi furono molti cambiamenti in ambito ostetrico.

A Spoleto la prima ostetrica "fissa" in ospedale fu la signora Rina Quietì, assunta nel 1956 con la qualifica di strumentista. Rina racconta che fino al 1958, per il taglio cesareo, i chirurghi utilizzavano l'incisione corporale longitudinale,

poi successivamente abbandonata per i rischi che comportava alle successive gravidanze e che l'impulso per la chirurgia ginecologica si ebbe con l'arrivo del Prof. Tommaso Archillei.

Presso il S. Matteo degli Infermi, la figura professionale del medico specializzato in anestesia si afferma nei primi anni '60 e nel nostro ospedale vi è stata fino ai giorni nostri una qualificata presenza di infermieri dedicati alla sala operatoria in grado di collaborare ogni giorno con chirurghi e anestesisti nell'elezione quanto nell'urgenza. Per il taglio cesareo la tecnica anestesologica utilizzata fu per oltre mezzo secolo, tranne rarissime eccezioni, l'anestesia generale.

Da più di un decennio si sono in quest'ambito affermate le anestesia epidurali e subaracnoidee, tecniche loco-regionali che a Spoleto nel 2009 sono state utilizzate nel 96 % dei parti cesarei.

Ciò ha garantito oltre ad una maggiore sicurezza, la possibilità per la madre di assistere comunque alla nascita del proprio figlio.

Sfogliando il registro storico dei parti spoletini ci si accorge delle trasformazioni avvenute nello scorrere degli anni. Ad esempio il tempo medio di ricovero ospedaliero nel 1963 per un parto fisiologico era di 10 giorni, mentre per un cesareo di 15.

Attualmente presso il punto nascita di Spoleto una donna che partorisce per via vaginale rimane ricoverata in ospedale per 2-3 giorni, mentre viene dimessa in quarta giornata in caso di parto cesareo.

Anche il ricorso al taglio cesareo è andato aumentando come un po' ovunque a livello nazionale (in Italia si è passati dall'11% del 1980 al 38,3% nel 2008; questi dati del Ministero della Salute sono tra i più alti al mondo): a Spoleto siamo passati da percentuali che oscillavano tra il 10-15% per tutti gli anni '60,'70 ed '80 al 25-33% degli anni '90 e del primo decennio del

nuovo millennio. Nel corso del 2009 a Spoleto la percentuale dei tagli cesarei sul numero totale dei parti è stata del 30,9%.

Negli anni sessanta e per buona parte degli anni settanta presso il nostro punto nascita veniva frequentemente utilizzato il forcipe (oggi totalmente accantonato) per il parto operativo vaginale. Nel 1968 il forcipe veniva applicato ad una donna su dieci e gli ultimi parti in cui lo strumento venne impiegato risalgono al 1989.

Oggi tutte le gestanti che presentano il proprio feto in posizione podalica vengono sottoposte ad un cesareo programmato qualche tempo prima della presunta data del parto; in passato non era così. A Spoleto fino alla fine degli anni '80, per via naturale, nascevano ogni anno dai 2 ai 7 bambini che durante il travaglio si presentavano podalici. Dal punto di vista anestesiológico e rianimatorio a Spoleto tappe importanti sono la nascita della terapia intensiva nel 1994 (con tutto ciò che comporta in termini di risposta sanitaria nell'urgenza/emergenza) e l'introduzione della analgesia epidurale per il parto nel 1999 che consente così alla donna di distogliere la propria attenzione dal dolore e concentrarsi maggiormente sul proprio bambino collaborando con le ostetriche durante il travaglio.

L'età media delle donne che partoriscono si è andata gradualmente innalzando. Confrontando i dati del 1970 con quelli del 1990 vi sono differenze significative: da una media di 26 anni si passa a quella di 28,5 e nell'ultimo ventennio il trend in salita si è ancor più accentuato (>30 anni).

Un aspetto evidente a chi consulta il registro anche in modo sommario è rappresentato dal fatto che la popolazione ostetrica era in stragrande maggioranza spoletina fino ai primi anni '90. Prima di allora si contano quasi sulle dita di una mano le donne di nazionalità non italiana che avevano partorito a Spoleto: la prima veniva dalla Germania ed era il 1964.

Oggi il quadro è completamente cambiato al punto che in questi primi mesi del 2010 il 25% di coloro che hanno dato alla luce neonati al S. Matteo degli Infermi sono di origine non italiana. Di queste il 32% provenienti dai paesi dell'Est europeo (Romania, Moldavia, Ucraina,

Polonia ecc...), il 36% dai paesi balcanici (Albania, Macedonia, Kosovo), il 14% dal Marocco, il 9% dal Sud e Centro America. Dopo la chiusura del punto nascita di Norcia, la maggioranza delle donne della Valnerina hanno scelto Spoleto per il proprio parto (circa il 10% sul totale dei parti nel 2008) così come stanno facendo molte mamme ternane (oltre il 15% dei parti nel 2010).

L'andamento del numero delle nascite a Spoleto a partire dal 1962 è stato altalenante.

Negli anni '60 nascevano in media a Spoleto tra i 300/400 bambini ogni anno.

Nel decennio successivo vi fu un boom di nascite che superarono il limite di 500 nel 1973 e nel 1975.

Negli anni '80 la situazione tornò ad essere quella del primo decennio. Gli anni '90 furono caratterizzati da una progressiva diminuzione delle nascite fino alla prima metà degli stessi. Successivamente vi è stato un costante recupero continuato dopo il 2000 e che ha portato stabilmente ad avere circa 500 parti annui. Sono stati 518 i nati nel 2007, 505 quelli del 2008. L'anno scorso vi è stato un decremento con 460 nati, probabilmente in sintonia con la flessione registrata in altri punti nascita dell'Umbria.

Il limite dei 500 parti/anno è importante perché caratterizza lo standard per una maternità di primo livello e consente di mantenere costantemente "allenato" il personale sanitario che vi opera. Nel reparto diretto dal Dott. Martines può essere sempre di più raggiunto quell'obiettivo che preveda l'integrazione dell'umanizzazione della nascita (con il recupero anche di quegli aspetti positivi che un parto a domicilio consentiva) e offerta professionale qualificata per gestire qualsiasi condizione materna e neonatale. Un ambiente familiare, con la giusta privacy, la possibilità di scegliere come partorire (in acqua, in analgesia ecc..) associato alla presenza di una struttura adeguata per l'emergenza è la strada su cui continuare nella piena collaborazione di ginecologi, ostetriche, pediatri, infermiere, anestesisti. Ecco, riguardare indietro negli anni, agli scogli lasciati alle spalle, consente forse di affrontare il futuro con maggiore consapevolezza verso gli ostacoli dell'oggi.

La termoablazione laser per via percutanea quale alternativa alla chirurgia tradizionale nella patologia nodulare tiroidea benigna

Dott. Giovanni Gambelunghe e Dott. Pierpaolo De Feo

Dipartimento di Medicina Interna, SC Medicina Interna Scienze Endocrine e Metaboliche, SSD Malattie Tiroide e Paratiroidi, Università e Azienda Ospedaliera di Perugia.

La patologia nodulare della tiroide è molto frequente e rappresenta una problematica clinica non solo per lo specialista endocrinologo ma anche per il medico di medicina generale. La frequenza di tale patologia è stata amplificata con l'introduzione nella pratica clinica dell'esame ecografico che ha evidenziato come, oltre al 5% circa della popolazione con nodulo palpabile, esista un altro 20% di soggetti che è portatore di nodulo tiroideo non palpabile ma rilevabile ecograficamente [1].

Di questa enorme massa di pazienti vengono inviati alla chirurgia: a) il 5% circa per neoplasia sospetta; b) il 10% circa per citologia indeterminata; c) il 5-10% per criteri dimensionali.

Il restante 80% dei pazienti viene assegnato alla gestione medica.

In passato la maggior parte dei pazienti non eletti alla chirurgia veniva trattato con levotiroxina a dosaggio soppressivo al fine di modificare la storia naturale. Dei pazienti trattati con levotiroxina, esiste un sottogruppo che risponde con la stabilità dimensionale ed in alcuni casi la riduzione delle dimensioni iniziali, mentre in una porzione non trascurabile i noduli continuano a crescere [2-5]. Nell'ultimo decennio, però, sono comparsi numerosi studi che hanno evidenziato effetti collaterali importanti a livello cardiaco ed osseo con tale terapia (soprattutto in soggetti al di sopra dei 50 anni d'età) e pertanto il numero dei pazienti destinato al trattamento con levotiroxina è progressivamente diminuito [6-7]. L'alternativa alla terapia soppressiva con levotiroxina è rappresentata dal semplice follow up con l'indicazione all'exeresi chirurgica in caso di crescita progressiva del nodulo.

Il trattamento di alcoolizzazione dei noduli benigni non iperfunzionanti si è dimostrato efficace solo in noduli francamente cistici o misti con elevata percentuale della componente liquida,

mentre tale metodica non sembra trovare spazio nei noduli prevalentemente solidi [8-9].

Grazie all'esperienza del centro di radiologia interventistica dell'ospedale di Albano Laziale, nella figura di Claudio Pacella, da alcuni anni si è affacciata nel panorama terapeutico della patologia nodulare tiroidea, una nuova metodica miniinvasiva: la termoablazione laser per via percutanea [10-12].

La luce laser è costituita da onde della stessa lunghezza d'onda (monocromatiche), in fase (coerente) e parallele (collimate). Questo implica che si possa cedere una grande quantità di energia in una piccola e ben determinata area di tessuto nodulare attraverso una fibra ottica flessibile di piccolo calibro (dell'ordine di pochi micron) in modo preciso, controllato, prevedibile e riproducibile. Gli effetti biologici sono dati dall'assorbimento dell'energia luminosa sotto forma di calore con conseguente vaporizzazione, necrosi e coagulazione del tessuto trattato. L'intervento è ambulatoriale. Non occorre anestesia generale. Il paziente è collocato sul lettino in posizione supina, a capo iperesteso, e sottoposto a sedazione cosciente mediante 1,25-2,5mg di midazolam per via e.v. La sedazione facilita le manovre, migliora la tollerabilità e riduce gli atti spontanei di deglutizione. L'operatore, l'assistente alla ecografia e l'infermiere lavorano sterilmente. Dopo anestesia locale superficiale mediante infiltrazione ecoguidata di lidocaina (2-10 ml), gli aghi e le fibre sono posizionati lungo l'asse longitudinale del nodulo sino alla sua porzione caudale. La distanza tra le singole fibre è di 8-10 mm. Un raggio laser Nd:Y AG (lunghezza d'onda 1064 µm) è convogliato all'interno del tessuto nodulare da eliminare mediante sottili fibre ottiche (diametro: 300 µm). Esse sono collocate attraverso aghi di piccolo calibro (G21). Sono utilizzate da 1 a 4 fibre simultaneamente,

in base a dimensioni, conformazione e struttura del nodulo.

Il laser determina ipertermia nel tessuto colpito, con denaturazione e necrosi coagulativa delle proteine. Il posizionamento contemporaneo di più fibre, la scelta di energie proporzionali al volume del nodulo da trattare (da 1600 a 6000 Joule per fibra, alla potenza di 2-4 Watts), e delicate manovre di retrazione degli aghi (pull-back) nel corso dell'intervento, consentono di distruggere sino ad un massimo di 30 ml di tessuto in singola sessione.

Le manovre di anestesia locale, posizionamento aghi/fibre e illuminazione laser sono visualizzate in tempo reale attraverso immagini ecografiche ad alta risoluzione (sonde lineari multi-frequenza 8-13 MHz).

La illuminazione laser viene mantenuta 10-30 minuti, a seconda della dimensione del nodulo. L'intervento, incluse le manovre di inserimento delle fibre, dura dai 20 ai 45 minuti circa. L'intervento PLA è ripetibile sui noduli particolarmente voluminosi (>30 ml) o bilaterali. L'intervallo tra successive sessioni può variare a seconda delle necessità da una settimana a 2 mesi.

Al termine dell'intervento 8 mg di desametasone sono somministrati e.v. a scopo antiedemigeno ed antiflogistico.

Il paziente, conclusa la procedura di termoablazione, è mantenuto 1-2 ore in osservazione ed in relax prima di tornare al domicilio o, qualora sia ricoverato, nella stanza di degenza.

Gli effetti collaterali, presenti in circa il 5% dei trattati, sono rappresentati da febbre (massimo 37,6°C) la sera del trattamento, di modesto dolore loco-regionale autolimitantesi in 24-48 ore e di lesioni emorragiche cutanee e sottocutanee nella sede di inserzione la fibra ottica.

Nel nostro centro sono stati trattate più di 130 lesioni nodulari ed appare oramai evidente come l'efficacia del trattamento sia direttamente proporzionale con la quantità di energia erogata. Infatti dosi di energia più basse producono nel breve periodo di follow up gli stessi risultati di quando si erogano energie più alte ma con una costante ripresa del volume originale del nodulo a distanza di 24-36 mesi dal trattamento stesso. Quando invece vengono erogate quantità suffi-

cienti di energia, quantificabili in almeno 500 Joule/ml di tessuto da distruggere, i risultati sono costanti e vengono mantenuti nel tempo. In particolare, a distanza di 6 mesi dal momento della terapia ablativa, il volume del nodulo risulta essere ridotto di almeno il 60% (con punte del 90%). Tale risultato viene mantenuto successivamente anche a distanza di più di 5 anni dal trattamento stesso.

Infine, ma non meno importante in tema di gestione economica, il trattamento ablativo laser costa circa 500 euro e non richiede nessun follow up per quanto attiene i parametri di funzionalità tiroidea né l'inizio di alcuna terapia sostitutiva con Tiroxina perché il tessuto tiroideo sano non viene interessato dal trattamento stesso.

Possiamo quindi concludere che la termoablazione laser percutanea ecoguidata rappresenta un intervento ambulatoriale che, senza incisioni chirurgiche, riduce di almeno il 50% il volume di noduli tiroidei benigni in singola sessione. La riduzione del volume del nodulo, proporzionale alla quantità di tessuto distrutto nel corso della seduta, è in genere sufficiente a risolvere i sintomi compressivi ed ottenere buoni risultati cosmetici. L'indicazione primaria al trattamento riguarda le persone ad alto rischio operatorio o che rifiutano l'intervento chirurgico anche se i trials clinici multicentrici in corso probabilmente estenderanno le indicazioni della termoablazione laser per la patologia nodulare benigna di pazienti con normale rischio operatorio.



Fig.1 fibre ottiche inserite a distanza di circa 1 cm l'una dall'altra all'interno del nodulo

Bibliografia

1. Hegedus L. Clinical practice: the thyroid nodule. *N Engl J Med.* 2004;351:1764-1771.
2. Ross DS. Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules. I. In: Rose BD, ed. *UpToDate.* Wellesley, MA: UpToDate, 2005.
3. Hegedus L et al. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. *Endocr Rev.* 2003;24:102-132.
4. Gharib H et al. Thyroxine suppressive therapy in patients with nodular thyroid disease. *Ann Intern Med.* 1998;128:386-394.
5. Wemeau JL et al. Effects of thyroid-stimulating hormone suppression with levothyroxine in reducing the volume of solitary thyroid nodules and improving extranodular nonpalpable changes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial by the French Thyroid Research Group. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:4928-4934.
6. Uzzan B et al. Effects on bone mass of long term treatment with thyroid hormones: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 1996;81:4278-4289.
6. Sawin CT et al. Low serum thyrotropin concentrations as a risk factor for atrial fibrillation in older persons. *N Engl J Med.* 1994;331:1249-1252.
8. Papini E et al. Percutaneous ethanol injection of benign thyroid nodules and cysts using ultrasound. In: Baskin HJ, ed. *Thyroid Ultrasound and Ultrasound-Guided FNA Biopsy.* Boston, MA: Kluwer Academic Publishers, 2000: 169-213.
9. Valcavi R et al. Ultrasound-guided percutaneous ethanol injection therapy in thyroid cystic nodules. *Endocr Pract.* 2004;10:269-275.
10. Pacella CM et al. Ultrasound-guided percutaneous laser ablation of liver tissue in a rabbit model. *Eur Radiol.* 1993;3:26-32.
11. Pacella CM et al. Thyroid tissue: US-guided percutaneous interstitial laser ablation—a feasibility study. *Radiology.* 2000;217:673-677. (LOE 3)
12. Gambelunghé et al. A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of ultrasound-guided laser photocoagulation for treatment of benign thyroid nodules. *J Endocrinol Invest.* 2006 Oct;29(9)

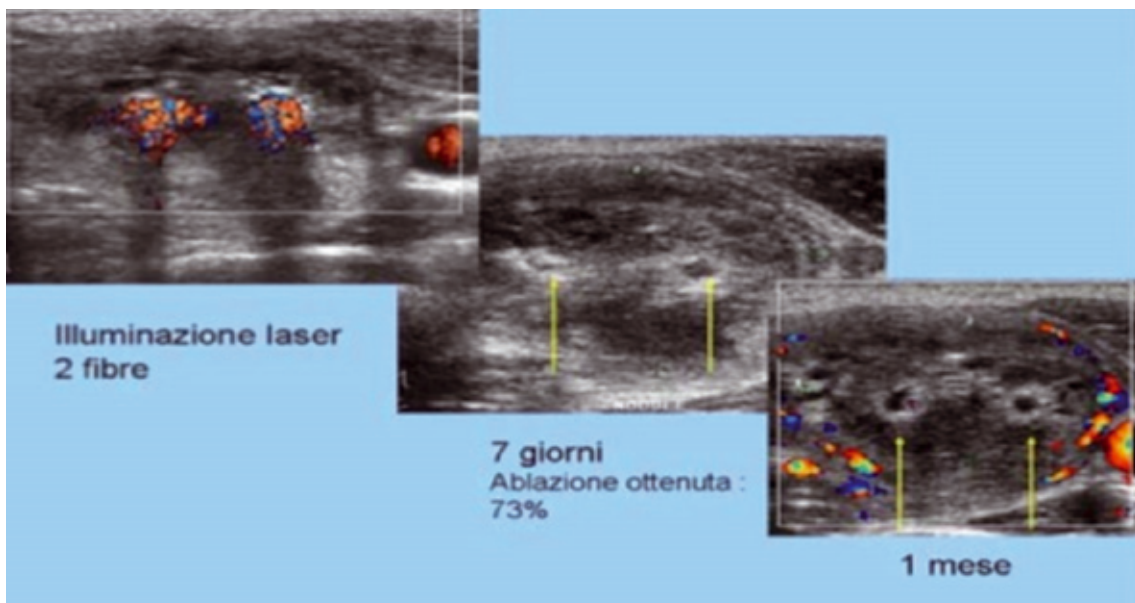


Fig. 2a visualizzazione ecografica durante trattamento di nodulo tiroideo mediante 2 fibre ottiche
 Fig. 2b: risultati ottenuti a distanza di una settimana
 Fig. 2c: risultati ottenuti a distanza di 1 mese

L'Alluce Valgo

Dott. Luciano Ferrini - Presidente della Società di Ortopedia e Traumatologia dell'Italia Centrale

Dott. Stefano Ferranti - Responsabile U.O. di Chirurgia del Piede e della Caviglia dell'Ospedale Foligno

Il giorno 23/04/2010 si è tenuto presso l'Ospedale "San Giovanni Battista" di Foligno un Corso Itinerante della Società Italiana della caviglia e del piede dal titolo "L'Alluce Valgo".

Corso insistentemente richiesto ed ottenuto dal Dottor L. Ferrini, Presidente della Società di Ortopedia e Traumatologia dell'Italia Centrale (SOTIC) e dal Dottor S. Ferranti, Responsabile U.O. di Chirurgia del Piede e della Caviglia dell'Ospedale Foligno.

Questo evento scientifico ha visto la partecipazione di numerosi specialisti ortopedici, cultori della specifica patologia, provenienti da tutta Italia, molti dei quali tra i migliori e più quotati chirurghi italiani che hanno contribuito a far sì che la qualità delle relazioni e delle esperienze abbia raggiunto un alto livello in campo nazionale e internazionale.



Una prima sessione è stata caratterizzata da relazioni riguardanti la patologia dell'alluce valgo, sia dal punto di vista anatomo-patologico che biomeccanico nonché un inquadramento funzionale.

E' stato inoltre indicato il complesso degli esami strumentali a disposizione degli specialisti per l'identificazione di tutte le varie componenti di questa affezione.

La sessione più importante è stata la seconda. In questa i più affermati chirurghi nazionali hanno portato a conoscenza dell'assemblea le loro esperienze chirurgiche, le loro tecniche, con i risultati clinici funzionali e radiografici a distanza di tempo.

Le varie metodiche chirurgiche riportate dimostrano ancora l'inesistenza di un unico intervento adatto per le numerose varianti di questa patologia, a testimonianza delle difficoltà esistenti e della non unicità delle convinzioni scientifiche.

Un ampio e acceso dibattito è stato dedicato al confronto tra gli interventi chirurgici ormai tradizionali dei quali si conoscono i risultati a distanza e quindi i loro vantaggi e svantaggi e gli interventi entrati da non molti anni nella pratica quotidiana.

Interventi cosiddetti "mini-invasivi percutanei", molto apprezzati e richiesti dai pazienti, eseguiti solo in pochi centri, dei quali però si conoscono solo i risultati immediati ma si è allo scuro ancora sui risultati completi a distanza di anni.

La questione ovviamente al momento è ancora aperta, sarà il tempo a chiarire le idee sulla validità o meno di questa nuova frontiera. La terza ed ultima sessione è stata caratterizzata da argomenti multidisciplinari.

Si è passati dalle complicazioni degli interventi sopra indicati con il loro trattamento chirurgico-

co e non, ai problemi anestesiológicos compresa una disamina accurata dei vari tipi di anestesia a seconda delle caratteristiche del paziente, della tipologia della deformità nonché dalla concomitanza di problemi generali o meno che di norma condizionano la scelta degli specialisti anestesisti.

Un esame attento è stato effettuato nell'ambito della utilizzazione dei farmaci contro il dolore post-operatorio che storicamente ha tenuto lontano molti pazienti dal trattamento chirurgico di questa patologia.

Con l'utilizzazione di detti farmaci, sia quelli cosiddetti tradizionali che quelli più recenti, si è certamente superato questo problema in maniera dignitosa, spesso in modo sorprendente. Ciò ha di certo contribuito a determinare un notevole avvicinamento dei pazienti alla chirurgia. Altro argomento brillantemente trattato è stato quello della profilassi trombo embolica, molto attuale anche per la ricerca di chiare linee guida.

Questo ha dato adito ad un ampio e fattivo scambio di idee tra i convenuti, senza comunque raggiungere una affermazione unanime e pertanto condivisa da tutti.

Al termine del Convegno si è svolta una tavola rotonda a cui hanno partecipato alcuni tra i più illustri ospiti. L'argomento era: "Esiste il trattamento giusto?".

Ebbene, la risposta è stata controversa. I buoni risultati ottenuti dalle varie tecniche depongono per la giustezza del trattamento indicato, ma l'esistenza in letteratura internazionale di circa 300 tipi di intervento fa pensare che l'intervento "giusto" non sia stato ancora trovato: ogni trattamento gode di vantaggi e svantaggi ed i risultati a distanza di tempo ne evidenziano i limiti.

Certo è comunque che la richiesta per la correzione di questa deformità è in notevole aumento e maggiori di certo sono le soddisfazioni da parte dei pazienti.

Ciò è testimonianza che anche se il problema del trattamento chirurgico dell'alluce valgo non è stato ancora definitivamente risolto, di certo sono stati fatti dei notevoli passi avanti ed altri in prospettiva se ne faranno.

Risvegli

Dott. Marcello Paci

Il mattino, quando la notte si è dormito bene, mi sveglio con animo leggero.

Il caffè, e una merendina.

L'energia che cerca di incanalarsi in un progetto.

Una cosa, più cose da fare, nella giornata.

Le scriviamo, o le teniamo in mente, lasciando che scivolino da sole, nel farsi, durante le ore che passano?

Poi ci saranno le cose che ci accadranno, non previste.

Si mangeranno i nostri progetti o si integreranno con questi?

La giornata è passata.

Poco di quel che avevamo pensato saremo riusciti a fare.

Vuoti di energie aspetteremo il letto, contenti qualche volta, più spesso annoiati e angosciati della giornata finita, senza costruito.

Ma, in qualche modo, avremo vissuto.

E domani ci sarà una nuova giornata, una nuova opportunità.

Ci accadrà qualcosa di straordinariamente bello, o riusciremo a compiere tutte le cose che avevamo pensato la mattina.

Sarà così ogni giorno, sino al nostro ultimo, quando non ce ne sarà un altro per ricominciare.

Però, se ogni giorno avremo fatto anche solo una millesima parte di quanto avevamo sperato, se di un millesimo avremo ridotto le cose sbagliate della nostra vita,

allora potremo portare, in quell'ultimo giorno, a chi dovrà correggere il quaderno dei compiti che ci erano stati assegnati, qualche pagina scritta.

Quelle parole un po' sgrammaticate saranno ali per volare dove le giornate non avranno più fine.



Speciale Linee guida

Publicizzazione dell'informazione sanitaria

Inserto

Publicizzazione dell'informazione sanitaria

Fonti Normative

- Legge n. 175 del 17/02/92
- Decreto Ministeriale n. 657 del 16/09/1994
- Legge n. 248 del 04/08/2006 (c.d Legge Bersani)
- Sentenza Corte di Cassazione (III sez.) n. 652 del 15/01/2007
- Circolare Ministero Salute del 02/07/2007
- Delibera Regione Umbria n. 2299 del 27/12/2007
- Circolare Ministero Salute del 30/04/2008
- Codice di Deontologia Medica 2006
- Linee guida allegate al Codice di Deontologia Medica 2006

Impostazione Generale

Al medico o all'Odontoiatra (di seguito medico o sanitario) è consentita la **sola publicizzazione dell'informazione sanitaria. Non è pertanto consentito** l'uso di forme di pubblicità promozionale, comparativa e più in generale tutte quelle forme di pubblicità indicabili genericamente come pubblicità commerciale di seguito meglio definite.

Campo di applicazione

Le presenti Linee Guida indicano i percorsi che il medico può intraprendere per pubblicizzare le informazioni che riguardano la propria attività o l'attività nella quale presta la propria opera **solo nel caso si parli di strutture libero-professionali in forma singola o associata.**

Per le società di capitale risultano ancora valide e vigenti le regole fissate dalla 175/92 e segg. (Cfr. Circolare Ministero Salute 30/04/2008).

Il direttore sanitario responsabile di strutture complesse è deontologicamente responsabile dell'applicazione di tali principi.

Mezzi utilizzabili

Oltre alle tradizionali modalità di diffusione del messaggio informativo (L.175/92 e sgg.) possono essere utilizzati altri mezzi ritenuti idonei a tal scopo.

Il decoro e la dignità della professione devono guidare nella scelta consapevole del mezzo utilizzato.

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Perugia valuterà l'opportunità di rilasciare nulla osta per ogni singolo caso in funzione dei mezzi utilizzati o che si intendono utilizzare.

Informazioni contenute nel messaggio informativo: informazioni indispensabili

NOMINATIVO

Se **persona fisica**, il nome e cognome.

Se **associazione professionale** (studio associato), il nome e cognome di tutti i professionisti che fanno parte dell'associazione, ad esclusione di denominazioni di fantasia.

Se **struttura sanitaria**, la denominazione o ragione sociale oggetto di autorizzazione regionale.

Per quanto riguarda le **società fra professionisti**, in attesa della disciplina normativa preannunciata, la casistica sarà oggetto di valutazione specifica.

TITOLO PROFESSIONALE

Il titolo professionale di un laureato in Medicina e Chirurgia è "**Medico Chirurgo**".

Il titolo professionale di un laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria è "**Odontoiatra**".

I laureati nei rispettivi corsi di laurea (o corsi di laurea equipollenti in stati esteri, se riconosciuti dallo Stato Italiano) possono indicare il titolo o i titoli professionali acquisiti.

DOMICILIO PROFESSIONALE

Le persone fisiche devono indicare l'indirizzo dello studio professionale.

Le **associazioni professionali** sono tenute ad indicare l'indirizzo dello studio ove viene svolta la professione in forma associata.

Le **strutture sanitarie** sono tenute ad indicare l'indirizzo corrispondente alla sede di svolgimento dell'attività sanitaria autorizzata.

In presenza di più studi o sedi, possono essere indicati gli indirizzi dello studio o sede principale e di quelli secondari.

Informazioni contenute nel messaggio informativo: ulteriori informazioni

ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

E' indicato ed auspicabile che tutti i sanitari oggetto diretto del messaggio informativo riportino : Ordine professionale a cui sono iscritti, Albo Professionale e numero di iscrizione allo stesso.

TITOLI

Tutte le persone fisiche iscritte agli Albi possono utilizzare il titolo accademico di "Dottore"

in forma estesa o abbreviata, al maschile o al femminile.

Possono far uso del titolo di "**Professore**", in forma estesa o abbreviata, al maschile o al femminile esclusivamente i **professori universitari di ruolo ordinari, straordinari o associati**.

- **professori a contratto**, ex artt. 25 e 100 del DPR 382/1980 e art. 4 DPR 162/1982. Per costoro la dizione "Professore" deve essere accompagnata dalla indicazione, senza abbreviazioni, "a contratto in... , presso la Facoltà di... o Scuola di..., per l'anno accademico ...";

- **liberi docenti**, con docenza confermata ex art. 10 Legge 1175/1958. Per co-

storo la dizione “Professore” deve essere accompagnata dalla indicazione, senza abbreviazioni, “libero docente in...” specificando la materia nella quale è stata conseguita la libera docenza.

Possono far uso del titolo di professore anche coloro che ricoprono insegnamenti in ambito universitario in corsi di laurea concernenti le professioni sanitarie e anche i ricercatori ai quali è stato conferito, con apposita deliberazione della Facoltà, la titolarità di un insegnamento. Per costoro la dizione “Professore” deve essere accompagnata dalla indicazione, senza abbreviazioni, “pro tempore in...”, presso la Facoltà di... o Scuola di..., per l’anno accademico...”. L’uso del titolo è limitato al periodo di insegnamento.

Possono essere utilizzati altri titoli onorifici, in forma estesa o abbreviata, al maschile o al femminile, purché riconosciuti dallo Stato Italiano.

TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE

Le persone fisiche possono indicare il titolo di specializzazione conseguito presso le Università italiane senza abbreviazioni che possano indurre in equivoco e utilizzando l’esatta denominazione universitaria.

I titoli di specializzazione conseguiti in un **Paese dell’Unione Europea** possono essere utilizzati, nella corrispondente denominazione italiana, se riconosciuti ai sensi del D.Lvo 368/1999. In tal caso, può essere utilizzata la denominazione della specializzazione anche nella lingua di origine.

I titoli di specializzazione conseguiti in un **Paese estero, non appartenente**

all’Unione Europea, possono essere utilizzati, nella corrispondente denominazione italiana, se riconosciuti ai sensi del DPR 394/1999. Anche in tal caso, può essere utilizzata anche la denominazione della specializzazione nella lingua di origine.

Le persone fisiche possono indicare il titolo di **“Medico Psicoterapeuta”**, se inserite nell’elenco speciale annesso all’Albo dei Medici Chirurghi, previsto dalla Legge 56/1989.

I professionisti in possesso del titolo di formazione in Medicina Generale possono indicare il titolo di: **“Medico formato in Medicina Generale”**, al pari di coloro che svolgono tale attività in quanto abilitati entro il 31/12/1994.

I professionisti che esercitano le funzioni di “medico competente” ai sensi del D.Lvo 626/1994, possono indicare il titolo: **“Medico competente D.Lvo 626/1994”**.

ALTRI TITOLI: DOTTORATI, MASTER, CORSI DI PERFEZIONAMENTO

I professionisti possono indicare il possesso del titolo di **Dottorato** o di **Master** se conseguito presso Università italiane a norma del Decreto Ministeriale 509/1999, modificato dal D.M. 270/04, utilizzando la dizione: “Dottorato universitario in...” o “Master universitario in...” con indicazione della denominazione attribuita dall’Università.

I precedenti titoli conseguiti presso Università estere sono pubblicizzabili se riconosciuti dallo Stato Italiano.

I professionisti possono indicare il possesso del titolo acquisito in corsi di perfezionamento sulla base del DPR 162/82,

indicando la norma di riferimento.

Le persone fisiche possono rendere noto il proprio **curriculum formativo e professionale**, citando il possesso di ulteriori titoli professionali o di carriera (ad esempio: incarichi e responsabilità presso strutture sanitarie pubbliche e private, attività di tutoraggio o di docenza, ecc.), la frequenza di eventi formativi accreditati ECM, la pubblicazione di lavori scientifici, ecc.

I dati riportati nel curriculum devono essere obiettivi e certificabili e devono consentire di individuare le autorità o i soggetti pubblici e privati presso i quali poterne ottenere conferma.

Non sono pubblicizzabili titoli o attribuzioni di fantasia non oggettivamente documentabili o valutabili (quali ad es. "esperto in...").

ATTIVITA' SVOLTA E SERVIZI PRESTATI

Il singolo professionista, lo studio o la struttura sanitaria possono pubblicizzare le attività mediche ed i servizi prestati come di seguito specificato.

Le dizioni e la forma utilizzate devono essere comunque tali da non ingenerare confusione nell'utente sul possesso delle relative specializzazioni.

Le persone fisiche possono indicare l'attività effettivamente svolta presso lo studio professionale ed i servizi in concreto offerti alla cittadinanza.

Le **associazioni professionali** possono indicare tali informazioni, relativamente ai professionisti associati.

Per quanto riguarda **l'attività effettivamente svolta ed i servizi in concreto erogati**, deve essere utilizzata una terminologia descrittiva che consenta di

fornire una informazione corretta, senza al contempo ingenerare equivoci circa il possesso di particolari titoli. A questo scopo, è opportuno fare riferimento, sia per le attività svolte che per i servizi prestati, alla terminologia descrittiva contenuta nel Tariffario Nazionale o nel Nomenclatore regionale o altrimenti a giudizio dell'Ordine, nel caso in cui non sussistano tali riferimenti. In particolare ciò riguarda le cosiddette "medicine non convenzionali", per le quali l'Ordine farà riferimento alle indicazioni della FNOM-CeO. In ogni caso, i professionisti e le associazioni professionali, per poter pubblicizzare l'attività effettivamente svolta, devono essere in grado, a richiesta, di documentare il possesso di **specifiche competenze culturali, scientifiche e professionali** nel precipuo settore di interesse, fermo restando che il professionista o l'associazione professionale si assumono pienamente la responsabilità di quanto dichiarato nel messaggio pubblicitario, sotto forma di "autocertificazione" delle competenze possedute e che l'Ordine competente si riserva il diritto di verificare la veridicità e la trasparenza di quanto pubblicizzato. La pubblicizzazione di titoli e competenze che non hanno riscontri oggettivi è considerata pubblicità ingannevole e, come tale, perseguibile disciplinarmente.

In ogni caso non può essere utilizzata, per la descrizione dell'attività e dei servizi, una terminologia manifestamente di fantasia o di natura meramente reclamistica, che possa attrarre i pazienti sulla base di indicazioni non concrete o non veritiere.

Le **strutture sanitarie** possono indicare tutte le attività svolte ed i servizi prestati, in quanto oggetto di autorizzazione.

Pertanto, nell'ambito delle branche autorizzate ed al fine di fornire all'utenza una più ampia informazione, le strutture possono anche indicare con maggior dettaglio le attività ed i servizi erogati, fermo restando che deve farsi uso di una terminologia che non sia manifestamente di fantasia o meramente reclamistica e che, al contrario, sia scientificamente fondata. Per il resto, valgono le medesime regole sopra descritte per i professionisti.

Nel caso in cui le persone fisiche, le associazioni professionali e le strutture sanitarie si avvalgano, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, di **particolari strumenti o attrezzature**, possono indicare il tipo di strumento o attrezzatura posseduta, avendo cura di non citare il nominativo del produttore e dando assicurazione che l'apparecchiatura risponde ai requisiti di conformità previsti dalla normativa vigente. Può essere indicato il tipo di prestazioni e di risultati diagnostici e/o terapeutici che l'apparecchiatura è in grado di fornire, purchè tale informazione sia scientificamente fondata e senza, pertanto, ingenerare negli utenti illusorie ed immotivate aspettative di successo.

MODALITA' DI ACCESSO

Le persone fisiche, le associazioni professionali e le strutture sanitarie, oltre all'indirizzo di svolgimento dell'attività, possono indicare gli orari di apertura dello studio o della sede e le modalità di prenotazione delle visite e degli accessi ambulatoriali e/o domiciliari.

Può essere pubblicata una **mappa stradale** per facilitare l'accesso allo studio o alla sede della struttura.

Può essere pubblicato il **numero telefo-**

nico dello studio o della struttura, il **numero di fax**, eventuali indirizzi di **posta elettronica** e l'eventuale indirizzo del **sito internet** del professionista, dell'associazione professionale o della struttura.

Possono essere pubblicate informazioni sui documenti necessari, sia amministrativi che sanitari, che l'utente deve produrre in sede di accettazione presso lo studio professionale o la struttura sanitaria.

COLLABORATORI E PERSONALE AUSILIARIO

Le persone fisiche e le associazioni professionali possono indicare l'eventuale presenza di personale medico, infermieristico o ausiliario che opera presso lo studio professionale.

In ogni caso si deve trattare di personale in possesso dei requisiti legali per lo svolgimento delle rispettive attività.

Le strutture sanitarie possono indicare i nominativi e i titoli del personale medico, infermieristico o ausiliario che opera presso la sede della struttura, con particolare riguardo

ai nominativi dei **responsabili delle varie branche specialistiche** oggetto di autorizzazione.

TARIFFE

I professionisti, le associazioni professionali e le strutture sanitarie sono tenute a far conoscere preventivamente alla cittadinanza le tariffe praticate per le prestazioni sanitarie erogate.

Nel **regime libero-professionale**, fermo restando il principio dell'intesa diretta fra

professionista e cittadino, le tariffe devono essere commisurate alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati e non possono essere subordinate ai risultati delle prestazioni medesime.

Le tariffe devono essere indicate in modo chiaro con riferimento alle singole prestazioni professionali, o a gruppi di prestazioni fra loro coordinate, sulla base della elencazione contenuta nei nomenclatori e devono essere espresse in euro. Per le prestazioni sanitarie che, a norma delle leggi fiscali devono essere gravate di IVA, deve essere indicata la percentuale di imposta da aggiungere al compenso.

L'effettuazione di **prestazioni a titolo gratuito**, è possibile limitatamente ai seguenti casi:

- in situazioni specifiche ed episodiche, sulla base di considerazioni personali nei confronti del singolo paziente;
- nei confronti di assistiti che versino in situazioni di indigenza o emarginazione sociale;
- nei confronti dei colleghi e dei loro familiari;
- In specifiche campagne di tutela (prevenzione o cura) della salute pubblica, per loro natura limitate nel tempo.

Le tariffe professionali così come sopra definite sono pubblicizzabili.

Tale pubblicizzazione deve essere comunque fatta in maniera chiara ed univoca, né deve ingenerare dubbi o essere in alcun modo ingannevole.

La pubblicizzazione delle tariffe non deve, comunque, costituire l'aspetto

esclusivo del messaggio pubblicitario.

La comparazione dei prezzi con altre strutture non è consentita.

La pubblicizzazione di prestazioni gratuite non è consentita se non quando rientra in attività di valore sociale o in campagne di promozione della salute pubblica.

CONVENZIONI

I professionisti, le associazioni professionali e le strutture sanitarie possono pubblicizzare l'eventuale stipula di convenzioni con **associazioni di mutualità volontaria integrativa o con enti terzi pubblici o privati**.

Le tariffe praticate ai pazienti rientranti nelle condizioni di convenzionamento possono essere indicate a **valore assoluto**, oppure indicando chiaramente la percentuale di riduzione rispetto alla tariffa ordinariamente applicata.

In ogni caso, pur ammettendo l'applicazione di tariffe agevolate, il compenso non può essere irrisorio, non adeguato alla tipologia della prestazione e dei mezzi utilizzati.

E' comunque necessario che la stipula di tali convenzioni sia preventivamente comunicata all'Ordine dei Medici.

Informazioni contenute nel messaggio informativo: uso di internet

I siti devono essere registrati su **domini nazionali e/o dell'Unione Europea**, a garanzia dell'individuazione dell'operatore e del committente pubblicitario.

Inoltre i siti internet devono prevedere obbligatoriamente i seguenti elementi di informazione:

- **indicazione dell'Ordine professionale** presso cui il professionista o i professio-

nisti sono iscritti, con relativo numero di iscrizione. Per le strutture sanitarie, dovranno essere riportati i dati del Direttore Sanitario;

- indicazione degli **estremi della laurea e dell'abilitazione** e l'Università che li ha rilasciati;

- il **numero di partita IVA** per i professionisti che esercitano in regime di libera professione e per le strutture sanitarie;

- la dichiarazione, sotto la personale responsabilità del titolare del sito, che i contenuti del sito sono **conformi alle linee guida approvate dall'Ordine**.

Nel sito possono essere presenti **collegamenti ipertestuali**, purchè rivolti verso siti internet di autorità, organismi ed istituzioni indipendenti (ad esempio: Ordine professionale, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Servizio Sanitario Regionale, Università, Società scientifiche, ecc.).

Nel sito possono essere presenti **spazi pubblicitari tecnici**, allo scopo di fornire all'utente utili strumenti per la consultazione e navigazione (ad esempio: collegamenti per prelevare software per la visualizzazione dei documenti, per la compressione o decompressione dei files, per il download, ecc.). Non è ammesso ospitare sul sito **spazi pubblicitari commerciali**, tantomeno di aziende farmaceutiche o produttrici di dispositivi medici, né proporre la vendita di farmaci, dispositivi medici o altri beni e servizi. Ogni informazione medica e sanitaria contenuta nel sito internet deve chiaramente essere accompagnata da un avvertimento per gli utenti che li avvisi che la **visita medica tradizionale** rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico e che gli eventuali suggerimenti contenuti nel sito

vanno intesi come meri consigli di comportamento, non sostitutivi della visita medica.

E' fortemente raccomandata l'adesione ai principi stabiliti dalla **Health on the net Foundation** in merito all'informazione fornita su internet in materia di medicina e di sanità.

Tali principi sono consultabili sul sito: <http://www.hon.ch/HONcode/Italian> e l'adesione a tali principi consente al titolare del sito di poter inserire nella propria home page il logo della HON Foundation a garanzia degli utenti.

Informazioni contenute nel messaggio informativo: email e newsletter

La posta elettronica, nella pratica quotidiana, sostituisce in molti casi la telefonata non urgente, anche per il fatto di non essere condizionata dall'intasamento telefonico. La sua caratteristica, a metà tra lo scrivere una lettera e la parola orale (più spontanea di una lettera scritta e più permanente di una conversazione orale) e la possibilità di scegliere parole ed espressioni in modo più attento ed appropriato rispetto ad una conversazione telefonica, permettono al paziente di fare domande più precise senza la preoccupazione di dimenticare qualcosa e di conservare e di capire più chiaramente i consigli forniti dal medico.

In particolar modo l'uso della posta elettronica risulta utile per fornire ai propri pazienti gli indirizzi e i numeri di telefono delle strutture sanitarie alle quali gli si consiglia di rivolgersi; per inviare i risultati degli esami con la relativa interpretazione; per fornire consigli e istruzioni su come assumere farmaci; per fornire istruzioni pre o post operatorie e per ogni

altra forma di consiglio o suggerimento utile per i pazienti. I messaggi di posta elettronica possono, inoltre, prevedere collegamenti a materiale educativo presente sulla rete Internet.

Va da ultimo ricordato che, a differenza delle conversazioni telefoniche, i messaggi di posta elettronica sono per se stessi una documentazione: una copia può essere stampata e inserita nella scheda sanitaria del paziente, consentendo così una migliore gestione dell'assistenza al proprio paziente.

A fronte degli indubbi vantaggi connessi con l'uso della posta elettronica, è sempre presente il rischio di intercettazione dei messaggi e di violazione della privacy da parte di soggetti estranei al rapporto medico-paziente. Il medico deve aver cura di utilizzare il proprio sistema informatico in modo da ridurre al minimo tali rischi e, comunque, deve rappresentare al proprio paziente tale eventualità.

Aspetti inerenti la tutela della privacy

La legislazione in vigore richiede il consenso da parte del cittadino per l'utilizzo e il trattamento di dati personali. La ricezione, la conservazione e la disponibilità del messaggio telematico da parte del medico e dei suoi sostituti rientra nell'ambito del consenso richiesto.

L'allargamento della possibilità offerta da modelli organizzativi (Gruppo, Associazione, Cooperative, Medicina in Rete) di utilizzare personale non medico nella gestione e utilizzo del sistema informatico, configura la necessità di concordare e sottoscrivere un'integrazione del consenso che definisca chi dello staff organizzativo del medico è autorizzato ad avere accesso alla posta elettronica, quali argomenti possono essere liberamente trattati e cosa sono autorizzati a fare (ri-

sultati degli esami, consigli medici, ...). Nel caso in cui il medico predisponga un elenco di malati suddivisi per patologia (registri di patologia) non è consentito inviare messaggi agli appartenenti alla categoria patologica, se tutti i destinatari sono visibili. E' possibile, invece, utilizzare la "copia carbone cieca", per impedire che ciascuno dei destinatari veda chi sono gli altri destinatari.

E' allo stesso modo vietato inviare un messaggio che contiene dati sensibili di un paziente ad un altro, così come inviare a terzi un messaggio diretto ad un paziente. I testi inviati da un medico ad un collega per consulto non dovrebbero contenere il nome e l'indirizzo del paziente.

E' tassativamente vietato comunicare o diffondere a terzi l'indirizzo di posta elettronica dei pazienti, soprattutto per usi pubblicitari o per piani di marketing clinici.

I professionisti, le associazioni professionali e le strutture sanitarie devono adottare idonee misure di sicurezza, a norma della vigente normativa sulla Privacy, per il trattamento dei dati sanitari dei pazienti tramite gli strumenti elettronici ed informatici.

Aspetti inerenti le modalità di comunicazione

Anche se la comunicazione via e-mail riguarda in genere problemi non urgenti, è comunque opportuno che il medico ed il paziente concordino i tempi massimi di risposta, tenendo, comunque, conto della natura del messaggio. Tre giorni lavorativi sembrano essere un tempo accettabile.

E' opportuno richiedere ai pazienti di specificare sempre l'oggetto della comunicazione, affinché i messaggi possano

essere suddivisi in categorie predeterminate, oltre al suo nome e numero di telefono.

Il software del medico dovrebbe essere configurato in modo da inviare conferme di ricevimento automatico, prevedendo, in caso di sua assenza, una risposta automatica con l'indicazione della data del suo ritorno e a chi rivolgersi in caso di necessità.

E' opportuno conservare l'e-mail inviata insieme all'avviso di ricevimento. Infatti, in caso di mancata conferma di ricezione dell'e-mail da parte del paziente, specie in presenza di notizie importanti, il medico dovrebbe avere l'accortezza di verificare con una telefonata.

E', corrispondentemente, opportuno che i pazienti utilizzino la funzione di risposta automatica per confermare al medico l'avvenuta lettura del messaggio.

Ogni messaggio di posta elettronica inviato dal medico dovrebbe contenere un avviso chiaramente leggibile del seguente tenore: "Comunicazione medica CONFIDENZIALE" e l'indicazione che l'uso della posta elettronica non sostituisce l'esame clinico, e che, se i contenuti del messaggio fossero non completamente comprensibili o risultassero insufficienti, è consigliabile telefonare al medico o recarsi al suo studio per ulteriori delucidazioni.

I professionisti, le associazioni professionali e le strutture sanitarie possono inviare **periodiche newsletter** ai propri pazienti, assistiti e clienti, previo consenso esplicito da parte di costoro e purché le informazioni e notizie contenute nella newsletter abbiano contenuti conformi alle indicazioni sopra previste per i siti internet.

Ulteriori contenuti del messaggio informativo

Il messaggio informativo può contenere un testo più discorsivo sull'attività del medico della struttura.

L'uso di tale modalità di chiarificazione ed ampliamento del messaggio informativo deve essere particolarmente accorto nell'uso di termini ed indicazioni e riportare solo dati ed affermazioni oggettive od oggettivabili. Non è consentito l'uso di slogan.

L'uso di affermazioni che esaltino o mettano in rilievo il singolo sanitario o l'attività (studio o struttura), frutto di considerazioni, presunzioni o deduzioni personali o soggettive è da evitare.

L'uso di toni o locuzioni o immagini accattivanti o avulse dal contesto che si intende presentare è da evitare, e, più in generale occorre evitare l'utilizzo di forme o contenuti propri e tipici della pubblicità comunemente definita "commerciale".

Divulgazione

I professionisti, le associazioni professionali e le strutture sanitarie possono divulgare informazioni contenenti temi **scientifici** o di **educazione sanitaria**, in relazione alle specifiche competenze dei professionisti o della struttura sanitaria, nel rispetto della correttezza delle regole deontologiche, attraverso articoli, partecipazioni a trasmissioni, tramite web e quant'altro. In ogni caso, allorché vengono fornite informazioni di carattere medico-sanitario, è raccomandato che venga citata la letteratura scientifica di

riferimento, al fine di attestarne la fondatezza scientifica.

L'educazione sanitaria deve, pertanto, basarsi su dati scientificamente convalidati o in adesione a linee guida professionali o, ancora, in attuazione a campagne di sensibilizzazione promosse da organismi e istituzioni sanitarie.

Nell'ambito dell'educazione sanitaria, possono essere pubblicati risultati di **indagini statistiche** anche relative a specifiche prestazioni sanitarie e anche in modo comparativo, purchè venga fatto riferimento a dati resi pubblici o comunque elaborati dai competenti organismi e istituzioni sanitarie o da fonti ufficiali certificate.

Qualora il comunicato contenga informazioni che in qualche modo richiama o promuovano la propria o di terzi attività privata esso dovrà **obbligatoriamente** prevedere che di ciò sia messo al corrente il fruitore. A titolo esemplificativo in testi scritti andrà inserita con caratteri ben visibili ed in area che precede il testo scritto la dizione "messaggio pubblicitario" o "l'articolo contiene informazioni pubblicitarie" o analogo.

Verifica

Il messaggio pubblicitario è verificato dall'Ordine dei Medici di pertinenza.

L'attuale orientamento prevede che la verifica preventiva del messaggio sia la prassi più corretta da perseguire. Parere scritto in merito sarà rilasciato in tempi congrui in relazione alla complessità del messaggio che si vuole pubblicizzare.

Diritti e doveri dell'Ordine dei Medici

Chirurghi ed Odontoiatri di Perugia

Le presenti linee guida costituiscono **indicazione** per la pubblicizzazione della informazione sanitaria.

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Perugia si riserva il diritto di revisione e modifica.

Norme transitorie

Dalla data di pubblicazione nel Bollettino e nel sito dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia è riconosciuto un periodo di tolleranza di 12 mesi nei confronti dei vecchi messaggi informativi, anche se precedentemente verificati, per adeguarsi alle presenti linee guida.

Trascorso tale termine nessun nulla osta precedentemente fornito sarà riconosciuto valido, qualora il messaggio informativo sia in contrasto o non si attenga alle presenti linee guida.

65° Congresso Nazionale Fimmg-metis.

Dall'attesa all'iniziativa: costruiamo il cambiamento

Dott. Tiziano Scarponi



Dal 04 al 09 ottobre u.s. si è tenuto a Santa Margherita di Pula (CA) il 65° Congresso Nazionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale.

Come si evince da titolo stesso l'obiettivo era quello di definire gli aspetti scientifici, organizzativi e politici per il passaggio da parte della Medicina Generale dal modo di lavorare basato sull'attesa a quello basato sull'iniziativa. Per chi non avesse chiaro questo concetto, quello dell'attesa è il modello con cui lavoriamo attualmente, vale a dire aspettiamo che si verifichi un evento per intervenire, mentre quello dell'iniziativa è un tipo di approccio rivolto a mettere in pratica degli interventi per impedire che l'evento si verifichi o a gestirlo secondo dei percorsi prestabiliti.

Come è oramai consuetudine i primi tre giorni sono stati dedicati alle sessioni scientifiche, all'esposizione dei modelli clinici e gestionali delle patologie croniche a maggiore valenza sociale, mentre

le altre giornate sono state dedicate agli aspetti politici professionali, alla elezione dell'esecutivo e la definizione degli organigrammi.

Il giorno di maggior rilievo politico è stato senza dubbio giovedì 7 ottobre con la relazione del Segretario Generale Nazionale Giacomo Milillo tenuta di fronte al Ministro della Salute Ferruccio Fazio, al Governatore della Regione Lazio Renata Polverini e al Presidente della Fnomceo Amedeo Bianco.

Milillo ha esordito sottolineando come l'invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento esponenziale della patologia cronica e la contemporanea diminuzione delle risorse imponga un ripensamento dell'Assistenza Primaria con il passaggio del medico di famiglia da un'offerta passiva e non coordinata dei servizi, ad un'offerta di assistenza attiva personalizzata, preventiva, integrata. "...non si tratta di un cambiamento facile, né rapido... né indolore per la categoria... Perché il medico di medicina generale possa abbandonare l'atteggiamento solista e impegnarsi in un vero lavoro di squadra, **è necessario rimuovere la concorrenza delle scelte, ristrutturare il compenso in modo da distinguere l'onorario del professionista dal finanziamento dei fattori di produzione, dare piena e continuativa occupazione al medico in tutta la sua vita professionale, eliminando la distinzione in settori e introducendo l'accesso unico alla convenzione,**

aiutando il medico a sviluppare una adeguata rendicontazione delle attività svolte e facilitando la sua partecipazione alle attività di programmazione e gestione dell'assistenza".

La relazione del Segretario è proseguita per più di un'ora, ribadendo il disagio attuale della Medicina Generale Italiana "...rabbia, indignazione, nostalgia, umiliazione... sono alcune delle emozioni che sempre più spesso nel nostro vissuto professionale prendono il posto di sentimenti positivi...".

Ha affrontato tutti gli aspetti: l'informatizzazione della sanità, la formazione della medicina generale sia universitaria che post laurea, i rapporti con l'AIFA, l'EN-PAM, il fisco, le società di servizio, i settori.

Non ritengo opportuno prolungarmi oltre sui contenuti della relazione, chi vuole può leggerla o scaricarla integralmente dal portale della FIMMG, mentre ritengo più interessante riferire sulla replica del Ministro Fazio il quale in meno di un quarto d'ora, come è nel suo stile, ha risposto in maniera positiva a tutti i punti esposti da Milillo, convenendo con noi sulle problematiche della categoria e facendosi ufficialmente carico di portare avanti tutte le istanze. Promesse derivate da un clima preelettorale? Vedremo.

C'è da dire, però, che in tanti anni che vari Ministri della Sanità si sono avvicendati ai nostri congressi, è la prima volta che uno si assume ufficialmente l'impegno di promuovere le richieste della Medicina Generale di fronte a più di mille delegati, agli organi di stampa e ad altri politici.

Una giornata, quindi, senza dubbio positiva dove senza tanta retorica di circostanza si sono chiarite le esigenze, il presente ed il futuro della nostra categoria e

si sono delineate prospettive ed impegni. A questo punto mi pare doveroso dare alcune informazioni sul rinnovo delle cariche dell'esecutivo nazionale, soprattutto su come la delegazione umbra abbia espresso il proprio voto, poiché ho sentito in giro tanti commenti, non ultimo anche su Face Book, da parte di nostri iscritti, di perplessità sul plebiscito, il 75% di voti, ottenuto da Milillo. Premesso che un 25% dei delegati non ha votato per non esprimere voto contrario, un 75% di voti favorevoli su una lista unica, non rappresenta affatto un plebiscito.

Per quello che riguarda il comportamento della delegazione umbra, Perugia e Terni hanno votato insieme scheda bianca in quanto, pur approvando ed applaudendo la relazione del Segretario Milillo, hanno ritenuto opportuno di mandare un segnale per stigmatizzare il suo comportamento troppo verticistico e poco propenso alla concertazione.

Volendo tirare le somme possiamo, a mio giudizio, fare un bilancio positivo di questo congresso: abbiamo portato a casa una sinergia con il Ministro della Salute, abbiamo riconfermato il Segretario Milillo con dei segnali chiari e precisi senza stravolgere od indebolire in maniera irreparabile il sindacato, perché la cosa più chiara che è emersa è quella che senza una FIMMG forte la nostra categoria si troverebbe in una deriva senza via d'uscita.



Quelli con la giacca di pelle e le frange

Dott. Marco Petrella

Per i lettori che hanno saltato la fase dei film western forse vale la pena fare un piccolo passo indietro. C'è la carovana dei coloni che vogliono raggiungere le fertili terre dell'ovest: determinati e oramai condannati ad andare avanti, avendo messo tutte le loro risorse sui carri, sono però quasi inermi ed inesperti. Il capo carovana assolda allora uno di quelli con la giacca di pelle e le frange, ex cacciatori per lo più, che hanno percorso la frontiera in lungo e in largo e hanno avuto a che fare spesso con gli indiani (qualcuno ha o ha avuto una moglie indiana). Visti con sospetto all'inizio, conquistano la fiducia e la riconoscenza di tutti (e qualche sorriso malizioso dalla donzella di turno), guidando con perizia la carovana attraverso passaggi sconosciuti ai più e contrattando abilmente con gli indiani (ne conoscono un po' la lingua e i gesti convenzionali, interpretano i segnali di fumo, soprattutto li rispettano abbastanza da fare accordi onesti con loro). Poi però qualcosa va storto: l'ignoranza o la cupidigia di qualche colono, e l'insensibilità del capo carovana per qualsiasi ragione che non sia arrivare all'ovest per la via più breve prima dell'inverno, portano a rompere uno dei patti stretti con gli indiani, e quello con la giacca di pelle è costretto a sparare addosso ai suoi fratelli di sangue (e ovviamente lo sa fare anche meglio dei coloni), per salvare la carovana (e la donzella). Alla fine è raro che lui resti con i coloni, metta su una casetta di tronchi e convoli con la donzella (che metterà tendine alle finestre della casetta); il più delle volte, disgustato da ciò che gli è toccato fare, volterà la testa al cavallo con una stratonata alle redini, e si allontanerà al piccolo trotto, per un altro inverno di caccia sulle montagne. Io a volte mi sento come lui, e immagino così molti miei colleghi che in questi ultimi decenni, per formazione ed esperienze di lavoro, hanno fatto da cerniera tra gli amministratori della sanità e il mondo della clinica. Consapevoli delle complesse finalità della macchina sanitaria, da un lato, e della delicatezza del lavoro sugli utenti, dall'altro, abbiamo stilato programmi, attuato strategie di coinvolgimento e di valutazio-

ne, inventato flussi informativi, fatto la spola tra il tavolo della sostenibilità economica e quello della medicina basata sulle evidenze, tra budget e promozione della salute, tra bilanci e dati epidemiologici. Abbiamo così costruito un mestiere, o anche più mestieri, non previsti negli ordinamenti, non coperti da scuole di specializzazione, non coronati da ipotesi di primariato. Integrazione socio-sanitaria, cure primarie, promozione della salute, sistemi informativi sanitari, comunicazione istituzionale, qualità, epidemiologia Visti dai colleghi in camice come "quelli della USL", e dalle direzioni aziendali come ... come? Già, come vedono oggi la Regione Umbria e le sue Aziende Sanitarie questo gruppo di operatori che dalla Riforma in poi hanno portato avanti la prevenzione, la nascita dei distretti, l'assistenza domiciliare integrata, il rapporto ospedale-territorio, la de-istituzionalizzazione? Che se ne fanno di chi ha imparato a dare importanza a cose come l'antropologia della salute, la comunicazione del rischio, gli aspetti relazionali della prescrizione medica, l'impatto della incentivazione economica sulle performance cliniche? Che valore danno al sociologo che sa tutto di tossicodipendenze e al cardiologo che si è confrontato con l'accreditamento, all'infermiere che partecipa ad una rete territoriale di cure e al medico di famiglia che studia informatica? Quanto spazio pensano di dare a chi ha soprattutto imparato a lavorare con gli altri in un'ottica di sistema, ma non porta in dote posti letto, dipendenti, o liste d'attesa? L'impressione è che nella guerra sulle risorse noi si resti schiacciati (come sempre anche un po' per responsabilità di chi non si difende abbastanza) tra amministratori e clinici, ambedue ben spalleggiati, i primi da elettori, che non vogliono tasse, e i secondi da utenti, che non vogliono liste d'attesa. Troveremo uno spazio per ragionare insieme su come definire e valorizzare questa "terra di mezzo"? Pensiamo davvero che proprio in questo momento si possa fare a meno di questo tipo di operatori? Se fosse così, allora meglio un discorso chiaro e una proposta di riqualificazione.

Bpco e Corticosteroidi

Dott. Massimo Sorbo

Sono disponibili due associazioni precostituite contenenti un corticosteroide e un beta2-agonista a lunga durata di azione inalabili approvate dalla FDA americana per l'impiego in ptz. con BPCO: fluticasone/salmeterolo e budesonide/formoterolo, ma nessun corticosteroide inalabile è stato approvato come farmaco singolo per questa indicazione dalla FDA. I ptz. con sintomi di BPCO lievi e intermittenti vengono generalmente trattati con un beta2-agonista a breve durata di azione quale il salbutamolo o in associazione precostituita con ipratropio. Quando i sintomi diventano più gravi o persistenti, molti Medici prescrivono un beta2-agonista a lunga durata di azione quale il salmeterolo o l'anticolinergico a lunga durata di azione tiotropio oppure, in alcuni casi, entrambi i farmaci. Nei ptz. con BPCO grave (FEV1 < 50%) che presentano frequenti esacerbazioni mentre sono in terapia con uno o entrambi questi farmaci a lunga durata di azione sopradescritti, viene generalmente raccomandata l'aggiunta di un corticosteroide inalabile. Una revisione di Studi controllati randomizzati in doppio cieco, ha osservato una riduzione del 20% della frequenza di esacerbazioni con l'associazione precostituita di un corticosteroide e un beta2-agonista a lunga durata di azione in un unico inalatore, rispetto a quanto osservato con un beta2-agonista a lunga

durata di azione in monoterapia. I corticosteroidi inalabili presentano però effetti collaterali dose-correlati quali disfonia e candidosi orale; ed effetti sistemici quali cataratta e ridotta densità minerale ossea. Con dosi molto elevate sono stati segnalati casi di insufficienza surrenalica. La riduzione della densità ossea con l'impiego a lungo termine di corticosteroidi inalabili è stata messa in relazione con un aumentato rischio di fratture in alcuni studi osservazionali; in particolare sono interessate le donne in post-menopausa con osteoporosi. E' riportata anche la possibilità di sviluppo di polmonite che può simulare una riacutizzazione della BPCO di base. Una metanalisi di 18 studi clinici controllati, randomizzati, condotti su un totale di quasi 17.000 ptz. con BPCO, ha concluso che l'impiego di corticosteroidi inalabili per un periodo superiore alle 24 settimane era associato a un aumento significativo del rischio di polmonite di qualsiasi tipo, con possibilità di polmonite grave seguita da disabilità o morte. In conclusione possiamo dire che l'impiego a lungo termine di corticosteroidi inalabili può aumentare il rischio di fratture e polmonite in ptz. con BPCO. Per questo dobbiamo valutare caso per caso il rapporto rischio-beneficio nell'utilizzo di questi farmaci.

The Medical Letter
XXXIX, 2010; 15: 61-62

AVVISO AGLI ISCRITTI

E' possibile richiedere presso la Segreteria dell'Ordine o tramite l'indirizzo e-mail uffici@ordinemediciperugia.it la realizzazione del TIMBRO, in due formati differenti (tascabile o da scrivania), con il LOGO dell'Ordine dei Medici di Perugia e le specifiche: nome, cognome, numero di iscrizione e Albo di riferimento, come riportato con i seguenti esempi:



Dott. Nome Cognome
Iscrizione N° 0000
Albo Medici Chirurghi



Dott. Nome Cognome
Iscrizione N° 0000
Albo Odontoiatri

Si precisa che il LOGO è un simbolo grafico che individua l'Ordine stesso, che ne ha l'uso esclusivo ed è quindi l'unico soggetto che può autorizzarne l'utilizzo.

Il registro Italiano dei Medici

Facendo seguito alle precedenti comunicazioni in materia, invitiamo gli Ordini a vigilare e a dare idonea informazione agli iscritti per quanto concerne iniziativa del non meglio identificato "Registro Italiano dei Medici", che ha inviato a tutti i medici e gli odontoiatri una modulistica diretta a raccogliere dati per un aggiornamento del Registro stesso. Tale modulistica risulta ingannevole, in quanto induce all'errore, facendo credere ai destinatari di trovarsi di fronte a un obbligo di legge. Dal contesto assolutamente non trasparente del messaggio, inoltre, sembra emergere la gratuità dell'operazione mentre, invece, da un'attenta lettura degli allegati, si evince l'elevata onerosità della stessa. Molti medici e odontoiatri italiani che hanno incautamente sottoscritto la modulistica si vedono ora recapitare la richiesta di un esoso pagamento per una pubblicità non richiesta e artatamente camuffata da obbligo di legge. Si sottolinea a riguardo che la sottoscrizione di un tale modulo è palesemente in contrasto con la normativa civilistica sui vizi del consenso nel contratto di cui agli artt. 1427 e sa, cod. civ. Resta poi ferma la configurabilità del reato di truffa di cui all'art. 40 cod. pen. in merito al quale la Federazione ha già provveduto ad inviare l'allegata denuncia-istanza alla competente Procura della Repubblica a alla Polizia Postale. Si suggerisce agli Ordini, pertanto, di consigliare, agli iscritti che si vedessero recapitare richieste di pagamento in relazione alla sottoscrizione di tale modulistica, di provvedere a inviare una diffida, sottolineando la nullità della sottoscrizione dolosamente carpiata in danno della buona fede dei destinatari. La Federazione provvederà a pubblicare tempestivamente tale comunicazione sul suo portale, e invita gli Ordini a fare lo stesso, pubblicando la stessa sui rispettivi siti Internet, Restando a disposizione per ulteriori informazioni sugli eventuali sviluppi della vicenda, porgiamo cordiali saluti

Nota inviata dalla FNOMCeO il 17.5.2010 alla procura della Repubblica di Lodi, alla Polizia Postale di Milano e al Registro Italiano dei Medici.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che, ai sensi dell'art. 15 del DLgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 ha funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività di tutti gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, denuncia quanto appreso. Numerose segnalazioni provenienti da tutta Italia, inviate a questa Federazione dagli stesi Ordini provinciali, informano della iniziativa di un non meglio identificato "Registro Italiano dei Medici" che, per via postale o tramite internet, trasmette ai medici italiani l'allegata richiesta di "aggiornamento attivo" di un elenco tenuto dai responsabili, peraltro difficilmente identificabili, del Registro stesso. L'opuscolo che perviene ai medici italiani presenta una firma illeggibile, un indirizzo di casella postale presso Lodi e una sede in Portogallo. Come si evince dall'opuscolo stesso, l'iscrizione al Registro è particolarmente onerosa e, soprattutto, il tenore della comunicazione sembra voler far credere ai medici che esista un obbligo giuridico di iscrizione al predetto Registro italiano dei medici.

E' appena il caso di ricordare che la legge istitutiva degli Ordini dei medici, all'art. 3 del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 attribuisce agli Ordini stessi il compito di tenere l'Albo dei medici e, successivamente, l'Albo degli odontoiatri, istituito con legge 24 luglio 1985, n. 409.

Chiediamo, pertanto, una verifica da parte di codesta Autorità Giurisdizionale sulla eventuale configurabilità del reato di truffa di cui all'art. 640 c.p. Inviamo questa segnalazione anche alla Polizia Postale, considerato che l'invio della richiesta del Registro Italiano dei Medici è spesso effettuata tramite posta elettronica.

Anamnesi e Privacy

Dott. Andrea Donati

Non è infrequente all'interno di strutture mediche e odontoiatriche che al paziente in prima visita venga sottoposto un prestampato anamnestico da compilare, con allegato un modulo di consenso alla raccolta e conservazione dei dati così raccolti. Le motivazioni sono diverse, non ultima la praticità e la possibilità fornita al sanitario di concentrare la propria attenzione solo su quelle patologie o condizioni soggettivamente rilevanti per quel singolo paziente. Da oggi questa comune pratica potrebbe dover essere abbandonata.

Il Garante per la Protezione dei Dati Personali, infatti, a seguito di un esposto presentato da un paziente HIV positivo che si era trovato, proprio in uno studio odontoiatrico, a precompilare tale modulo, in cui appunto si chiedeva di dichiarare la sua eventuale sieropositività, ha emanato un **provvedimento** in cui si "... **prescrive agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere l'informazione circa l'eventuale stato di sieropositività in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta ... fermo restando che tale dato ... può essere legittimamente raccolto, previo consenso ... in relazione a specifici interventi clinici ove ciò sia ritenuto necessario**" (registro delle deliberazioni 35 del 12 novembre 2009). Nel testo, che si trova riportato integralmente all'interno del sito dell'Ordine (www.ordinemediciperugia.it), Il Garante motiva tale posizione basandosi essenzialmente su due capisaldi sanciti dalle vigenti normative: il principio di "**pertinenza e non eccedenza**", principio che chiederebbe di limitare le richieste anamnestiche a quelle effettivamente pertinenti alla patologia da trattare o alla terapia da intraprendere ed il principio di "**libera scelta**" del paziente, che, adeguatamente informato sulle eventuali conseguenze, può scientemente scegliere di non comunicare al proprio curante particolari situazioni e patologie.

Del resto, si dice, la necessità di conoscere tale

stato patologico deve inerire solo "... *il trattamento sanitario o terapeutico che [si] intende porre in essere...*", in quanto "*L'esigenza di raccogliere informazioni in merito all'eventuale infezione da HIV ... non può, nemmeno, ricondursi alla necessità di attivare specifiche misure di protezione*" in quanto, come si sa, tali "...*misure di protezione devono essere adottate nei confronti di ogni singolo assistito...*"

Le ragioni di un dubbio

Ad una prima, superficiale, lettura sembrerebbe tutto bello, tutto lecito ed ineccepibile.

Però...

Già però; il Garante, oculatamente, ha opportunamente limitato la sua analisi al solo caso di sieropositività ("*Tenuto conto della particolare delicatezza delle informazioni idonee a rilevare lo stato di sieropositività dei pazienti;*"); eppure le leggi ed i principi sono uguali per tutte le condizioni e patologie; ciò che vale per l'AIDS deve valere anche per l'epatite, o l'infarto, o l'allergia alle penicilline! E allora **qualsiasi raccolta anamnesticata basata su questionari prestampati non è lecita**, in quanto viola i summenzionati principi tanto ben esposti e sbandierati nel decreto, e non solo: **ad ogni condizione patologica e per ogni terapia da intraprendere il medico dovrebbe illustrare al paziente quali preesistenti malattie o condizioni potrebbero interferire con il piano di cure, in che misura e con quali rischi qualora il paziente ne negasse, capziosamente, la sussistenza** (tra l'altro con l'evidente rischio che il paziente fraintenda quanto il medico gli espone e nasconda una condizione gravemente compromissiva); ed ancora: per trattamenti che prevedono prestazioni differenti (come nel caso dell'odontoiatria) **ciò dovrebbe essere ripetuto più volte e per tutte le patologie o condizioni che il paziente non ha dichiarato ho ha negato di avere**; visto che, magari, per certe

cure il rischio di interazione con preesistenti condizioni potrebbe essere diverso, è bene **chiarirlo nuovamente all'assistito!** Non è difficile intuire la quantità inutile di tempo perso in tal direzione con il paziente sicuramente spaesato e **fortemente allarmato da tali spiegazioni.**

Eccedenza a chi

Pretestuoso appare il principio invocato dal Garante. Certo, i diritti del paziente vanno difesi e tutelati sempre e comunque, però troppo spesso si dimentica che qualche diritto ce l'ha pure il sanitario.

Tra questi e non ultimo, fatto salvi obblighi giuridici e deontologici, quali quelli ad esempio di garantire prestazioni di emergenza e di inderogabilità, o il dovere quantomeno morale di indicare o indirizzare, quando non curante, verso un iter terapeutico adeguato, resta il sacrosanto diritto, soprattutto se **in regime privatistico e non convenzionato, di rifiutare di stipulare un contratto di cura con un paziente** (siamo aziende, o almeno così ci sentiamo ripetere ad ogni pie' sospinto, dal legislatore!); le motivazioni possono essere molteplici, dalle mere economiche (il cittadino-utente, meravigliosa locuzione, non può pagare quelle prestazioni) alle più squisitamente tecniche (non si è in grado, per perizia o strumentazione inadeguata, di intervenire in un dato caso), da quelle psicologico-comportamentali (non si è in grado di gestire caratterialmente quel paziente) sinanco a quelle religiose o morali (si pensi all'aborto).

E allora perché bisogna sentirsi costretti a prendere in cura, ad esempio, un paziente sieropositivo quando, faccio una mera ipotesi, ciò renderebbe così nervoso ed incerto il curante da non garantire all'assistito la migliore delle terapie possibili ed ingenererebbe nel sanitario uno stato di ansia e timore non tollerabili?

E non si dica che comunque potrebbe capitare di sottoporre a cura un paziente HIV positivo, magari non consapevole, con tutti i potenziali rischi che tale non conosciuto stato implicherebbe per il curante! Ciò non conta ed è del tutto irrilevante; se rientra nei diritti di un sanitario di "scegliersi" i pazienti (al pari dei pazienti che si scelgono i "curanti") i criteri di tale selezione sono solo personali, forse discutibili, magari moralmente dubbi, ma incontrovertibilmente leciti.

Protezione dal contagio

Certo non si può scrivere, né si può dire, però magari si può pensare; pensare che solo perché c'è scritto da qualche parte che ogni paziente va trattato, e viene trattato, come se fosse sieropositivo allora siamo a posto e tutti sono al sicuro. Già.

Probabilmente nella commissione del Garante non c'è nessun medico. Come anche l'ultimo dei laureati sa, **non esistono protocolli di sterilizzazione e tanto meno di disinfezione né Dispositivi di Protezione Individuale che garantiscono al 100% l'eradicazione o la protezione dai patogeni.** Non dimentichiamocelo, si parla di percentuali altissime nella sterilizzazione (decisamente meno nella disinfezione) ma mai assolute, per non parlare poi della protezione che dà un guanto di lattice ad un ago o ad un tagliente. Ed allora se siamo, perché lo siamo, molto molto attenti con un comune paziente, magari lo siamo un pizzico di più con un paziente a rischio certo di trasmissione di malattie. Negare questo fatto sarebbe inutilmente ipocrita.

Garantire un diritto

Nessuno, nessuno, è obbligato a compilare una scheda anamnestica! Chiunque potrebbe semplicemente chiedere di parlare con il sanitario, magari con la semplice scusa che non capisce certi termini, o magari lasciare in bianco certe risposte o comunque indicare, perché la maggior parte dei questionari lo includono, che c'è qualcosa che si vuole riferire solamente al medico.

Del resto è inutile che ci prendiamo in giro! Nessuno farà analisi del sangue al paziente per scoprire l'effettiva non sieropositività, così come dichiara, ed oggi giorno tutti i pazienti con patologie importanti sono più o meno a conoscenza dei rischi che corrono nell'intraprendere una terapia piuttosto che un'altra, liberissimi dunque di negarne la esistenza, in una scheda così come in un colloquio.

Le ragioni di un provvedimento

Sì, sì, si dirà, forse, magari, un pochino hai ragione, però non puoi pretendere che in un documento ufficiale e politico, come quello del Garante, queste considerazioni abbiano mai possibilità di trovare posto. Sono d'accordo; come si diceva: pensare forse, ma non certo dire ed ancor meno scrivere; ma se ci fosse stata la comprensione e condivi-

sione di queste obiezioni, o più semplicemente la consapevolezza che non è tutto liscio come si è lasciato intendere, se insomma ci fosse stata la **chiara volontà di non intervenire** si sarebbe potuto semplicemente aggirare il problema, magari **pronunciandosi solo sulla sicurezza alla riservatezza che i dati anamnestici raccolti con un pre-stampato avrebbe avuto**. Già perché non solo la sensazione di invasione di campo aleggia in tutto il provvedimento (pertinenza e non eccedenza dovrebbe essere un principio che vale anche per i Garanti), ma ancora una volta e sempre l'impressione è che si cerchi sempre la motivazione, giusta o impropria, sempre il pretesto per colpire la lobby, la casta dei medici (o magari più semplicemente le argomentazioni per dissipare qualunque potenziale sospetto di connivenza). Di fatto, son certo, questo provvedimento, proprio per le

evidenti complicazioni gestionali che comporta, non solo nei piccoli studi **ma anche nelle strutture complesse incluse quelle ospedaliere**, rimarrà lettera morta. Soddisfazione dunque per il paziente, che si è visto riconoscere un diritto, per il Garante che ha fatto il suo bel compito e per il medico, per cui sostanzialmente non cambia niente. Niente, sino a quando qualche zelante funzionario la riesumerà impietosamente contro il malcapitato di turno (assieme a tutti gli altri decreti, provvedimenti, leggi e leggine e quant'altro oggi esiste, pronunce spesso inapplicabili ma utili, molto utili, per chi ha intenzione o necessità di usarli). Mi aspetto che la Federazione, certamente conscia di tutto ciò, ma soprattutto conscia che deve essere lei ad emanare direttive in tal senso o quantomeno che debba essere lei interlocutrice privilegiata in questi ambiti, faccia i corretti passi in tal senso. Aspetto.

RICORDO DI UN AMICO E COLLEGA

Il giorno 26 Settembre scorso si è svolta a Mantignana, piccola località nei pressi di Perugia, una manifestazione in memoria del nostro collega dott. Giovanni Ercolani al quale è stata dedicata una nuova piazza del centro cittadino. Sono stato presente a questa manifestazione per due motivi uno come rappresentante dell'Ordine dei Medici il secondo, sicuramente molto più sentito, come amico e suo sostituto per molti anni. Il mio ricordo risale al 1978 quando, da poco laureato, mi accingevo a intraprendere la strada della medicina generale, allora identificata come medico di famiglia. E fu allora che ebbi l'onore di conoscere Giovanni che mi "adottò" come suo sostituto per circa cinque anni. In questo periodo ho potuto constatare le sue grandi capacità professionali ma soprattutto l'umanità che sempre dimostrava nei confronti dei suoi pazienti. Tanti sono stati i consigli da lui ricevuti, sia sul piano teorico che pratico, che mi hanno permesso di affrontare con maggior serenità e sicurezza questa difficile professione. Sostituire Giovanni non è stato una cosa semplice dal momento che dovevo gestire quattro ambulatori compresi tra il centro di Perugia e Mantignana e un numero di assistiti molto superiore al massimale di oggi. Essendo all'inizio della mia attività, si può ben capire quanta tensione accumulassi durante la giornata anche se ero

certo di avere alle spalle una buona preparazione. Giovanni, consapevole del mio stato d'animo, mi è sempre stato vicino incoraggiandomi e dimostrando nei miei confronti sempre tanta fiducia. Ma la sua dote principale era l'approccio con il paziente. La sua costante disponibilità, la compartecipazione nei confronti del paziente malato, elementi essenziali per il medico di famiglia, sono sicuramente i motivi che hanno spinto i sentimenti dei cittadini di Mantignana a ricordare il proprio medico. E lo hanno fatto nel migliore dei modi dedicandogli la loro principale piazza. Di questo riconoscimento ne è fiero il nostro ordine ma soprattutto io che ho avuto la fortuna di incontrare non solo un valido collega ma un grande amico.

Valerio Sgrelli



Il Dott. Sgrelli con la vedova del Dott. Ercolani e le Autorità

Congresso Regionale Andi Umbria 2010

Dott. Antonio Montanari

Grande successo anche quest'anno, in termini di partecipazione e di consenso, per il **Congresso Regionale ANDI Umbria**, giunto alla 4° edizione, che si è tenuto nella splendida cornice di **Villa Fidelia di Spello**.

Relatore d'eccezione, il dott. **Lorenzo Vanini di Como**, uno dei massimi esperti mondiali di **Odontoiatria Estetica**.

Gremitissima la sala della "Limonaia" della Villa (le iscrizioni sono state chiuse con largo anticipo), con alcune gradite presenze istituzionali, a portare il loro saluto: la dottoressa Donatella Porzi, Assessore alla Cultura della Provincia di Perugia, che ha gentilmente concesso l'uso della Villa, il Sindaco di Spello, dott. Sandro Vitali, il Sindaco ed il Vice Sindaco di Foligno, dott. Nando Mismetti ed avv. Massimiliano Romagnoli, in rappresentanza delle Città che hanno patrocinato ed ospitato l'importante evento scientifico-culturale.

Ma la partecipazione più gradita e significativa è stata quella del **dott. Graziano Conti**, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia, e del **dott. Sabatino Orsini Federici**, Segretario Regionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale.

Il Presidente Conti, nel suo saluto, ha tenuto a sottolineare gli eccellenti rapporti, che da sem-

pre intercorrono, sia in ambito ordinistico, tra la componente medica e quella odontoiatrica, sia tra Ordine ed ANDI.

Più volte, del resto, il neo Presidente ANDI Umbria, **dott. Ezio Politi**, ha evidenziato, in sede ANDI nazionale, questo stretto legame e questi ottimi rapporti, che caratterizzano la realtà perugina. (Non sempre è così in altre realtà italiane!).

Importante infine la presenza, altrettanto gradita, del Segretario Regionale dei Medici di Medicina Generale, dott. Orsini Federici, a dimostrazione che FIMMG ed ANDI ritengono quanto mai opportuno un rapporto dialettico e di confronto (su patologie in essere, protocolli terapeutici ed altro ancora), proprio nell'interesse del paziente, fra dentista e medico di famiglia.



La sede del convegno



Il Dott. Lorenzo Vanini



Il saluto del Presidente Dott. Graziano Conti



L'introduzione del Presidente Andi Umbria Dott. Ezio Politi

La chiusura di alcuni Centri Odontoiatrici Low-Cost

Vari articoli del Corriere della Sera degli scorsi giorni si sono occupati della improvvisa chiusura di alcuni centri odontoiatrici low-cost gestiti da imprenditori stranieri, con gravi disagi per i pazienti, spesso costretti ad anticipare i pagamenti dei cicli di prestazioni ora interrotti (direttamente o tramite finanziarie), e con gli odontoiatri e le assistenti di studio rimasti da un giorno all'altro senza lavoro e con stipendi arretrati che non recupereranno mai più. Il proliferare di mega-strutture odontoiatriche, spesso con investimenti di capitali di dubbia provenienza e alla ricerca di facile remunerazione, che attirano pazienti grazie a massicci investimenti pubblicitari e offerte di "prestazioni civetta" gratuite, costituisce un fenomeno che danneggia ulteriormente l'immagine dell'odontoiatria italiana, se tutti noi odontoiatri ANDI non chiariamo e diffondiamo ai nostri pazienti un messaggio forte e chiaro: la valenza del rapporto esistente tra il dentista ANDI e il suo paziente. La crisi ha creato difficoltà a tutti, ma un pro-

fessionista è legato ad un rapporto fiduciario con i propri pazienti, che ha come primo obiettivo la tutela della loro salute, li aiuta nella dilazione dei pagamenti, in caso di difficoltà cerca di ridurre le spese e contrarre i costi, rendendo più efficiente la gestione del proprio studio odontoiatrico; perciò difficilmente i pazienti incontreranno professionisti in fuga, vanificando anni di studi e di investimenti ottenuti con sacrificio ed abnegazione intellettuale. Divulgate gli articoli, fate capire ai vostri pazienti quale valore specialistico rappresentate e quali pericoli possono derivare da modelli professionali spersonalizzati e low-cost. ANDI utilizzerà tutti i mezzi disponibili per diffondere questi importanti messaggi, per intraprendere le azioni che informino e tutelino i pazienti affinché non finiscano per divenire vittime di queste situazioni e lancerà il **"Progetto Network ANDI"** che valorizzerà il professionista, il suo studio e l'appartenenza alla **più grande Associazione** odontoiatrica italiana.

AVVISO AGLI ISCRITTI

E' possibile ritirare presso la segreteria dell'Ordine copia del periodico della Federazione Nazionale "LA PROFESSIONE" sul Convegno Nazionale che si è svolto a FERRARA il 24 Ottobre 2008 dal titolo "ETICA E DEONTOLOGIA DI INIZIO VITA" e sul Convegno Nazionale che si è svolto a TERNI il 12 Giugno 2009 dal titolo "DICHIAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTÀ".



Decreto Legislativo 24.2.1997, n. 46 - Nuovi adempimenti previsti per i fabbricanti di dispositivi medici su misura.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DEI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI
Ufficio III - Dispositivi Medici
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Il decreto legislativo n. 37 del 25 gennaio 2010, con il quale è stata recepita la direttiva 2007/47/CE, relativa ai dispositivi medici, ha modificato, tra l'altro, il decreto legislativo n. 46 del 24 febbraio 1997 ed il decreto legislativo n. 507 del 14 dicembre 1992. Alcune modifiche ed integrazioni riguardano l'immissione in commercio dei dispositivi su misura. In particolare, il testo dell'articolo 5, comma 2, lettera b) del D. Lgs. 46/1997 come risultante dalle modifiche da ultimo apportate, prevede che i dispositivi su misura possano essere immessi in commercio e messi in servizio quando rispondono alle condizioni prescritte dall'articolo 11 e dall'allegato VIII del D. Lgs. 46/1997 e successive modificazioni ed integrazioni e che, per le classi superiori alla I, essi siano muniti della dichiarazione di cui all'allegato VIII, che "è messa a disposizione di un determinato paziente, identificato mediante il nome, un acronimo o un codice numerico". Analoga previsione, per i dispositivi medici impiantabili attivi su misura, discende dalla lettura dell'articolo 2, comma 5-bis, dell'articolo 6 e dell'allegato 6, punto 2.1 del D. Lgs. 507/1992. Premesso che, per effetto di quanto previsto al punto 2.1 dei già richiamati allegati VIII e 6, la dichiarazione deve contenere una serie di elementi chiaramente specificati, si rende necessario chiarire come vada attuata, nei confronti del paziente, la "messa a disposizione" di tale dichiarazione. In proposito, in assenza – al momento

– di eventuali indicazioni e chiarimenti da parte degli organi comunitari, si ritiene utile indicare le seguenti modalità operative:

1. nei casi in cui il dispositivo su misura venga consegnato al paziente direttamente dal fabbricante, quest'ultimo informerà il paziente della possibilità di ricevere, contestualmente, o nei cinque anni successivi (quindici per i dispositivi su misura impiantabili, attivi e non attivi), copia della Dichiarazione prevista dai citati allegati VIII e 6.

In proposito si possono prefigurare due possibili situazioni:

a. che il paziente ritiri copia della dichiarazione. In tal caso si suggerisce che lo stesso sottoscriva una ricevuta (Modello Allegato 1, parte I), che sarà conservata dal fabbricante nel fascicolo tecnico del prodotto;

b. che il paziente non ritenga, al momento della consegna del dispositivo, di ritirare copia della dichiarazione. In tal caso si suggerisce che lo stesso firmi una dichiarazione (Modello Allegato 1, parte II) con la quale attesta di essere stato informato della possibilità di richiedere, entro cinque/quindici anni dalla data di consegna del dispositivo, copia della Dichiarazione.

2. nei casi in cui il dispositivo su misura venga consegnato dal fabbricante al medico o altro soggetto prescrittore, quest'ultimo avrà cura di acquisire dal fabbricante, auspicabilmente in due copie, la Dichiarazione di cui ai citati allegati VIII e 6; si suggerisce che il prescrittore sottoscriva contestualmente una ricevuta (Modello Allegato 2) da restituire al fabbricante. Una delle due copie della Dichiarazione acquisita sarà conservata a cura del prescrittore, mentre l'altra copia sarà gestita secondo le stesse modalità descritte precedentemente:

a. il paziente ritira copia della dichiarazione e sottoscrive una ricevuta (Modello Allegato 3, parte I) che sarà conservata a cura del prescrittore;

- b. il paziente non ritiene, al momento della consegna del dispositivo, di ritirare copia della dichiarazione. In tal caso firma una dichiarazione (Modello Allegato 3, parte II) con la quale attesta di essere stato informato della possibilità di richiedere, entro cinque/quindi ci anni dalla data di consegna del dispositivo su misura, copia della Dichiarazione.

Fino a che lo scrivente Ministero non emani, anche alla luce della imminente revisione della Linea Guida comunitaria in materia (*Guidance note for manufacturers of custom-made medical devices – December 2007*), una o più eventuali note esplicative di carattere generale riguardanti le ulteriori nuove previsioni in materia di Dispositivi Medici su misura introdotte dal decreto legislativo n. 37 del 25 gennaio 2010, le precedenti circolari emanate sull'argomento ("Direttiva 93/42/CEE - dispositivi dentali su misura: adempimenti del settore odontoiatrico ed odontotecnico" del 17 luglio 1998, e "Decreto legislativo 24.2.1997, n. 46, concernente i dispositivi medici. Applicazione agli ottici" del 21 giugno 2000), sono da ritenersi applicabili, ad eccezione che per gli aspetti trattati nella presente nota.

La presente nota circolare sarà pubblicata nel portale dell'Amministrazione all'indirizzo: www.salute.gov.it/dispositivi/dispomed sotto la rubrica "circolari".

Il Direttore Generale
(dott. Giuseppe Ruocco)

Modello Allegato 1

➤ parte I

Il sottoscritto _____, iscritto nel registro fabbricanti del Ministero della Salute, categoria _____ numero ITCA _____, fabbricante del dispositivo su misura _____, per il paziente (nome, acronimo o codice numerico) _____,

DICHIARA

di aver consegnato la prevista Dichiarazione al paziente sopra indicato in data _____.

Firma del Fabbricante

per ricevuta _____

_____ (firma del paziente)

➤ parte II

Il sottoscritto _____, iscritto nel registro fabbricanti del Ministero della Salute, categoria _____ numero ITCA _____, fabbricante del dispositivo su misura _____, per il paziente (nome, acronimo o codice numerico) _____,

DICHIARA

di aver informato il paziente sopra indicato, in data _____, che la prevista Dichiarazione sarà tenuta a sua disposizione per i successivi 5/15 anni.

Firma del Fabbricante

per presa visione _____

_____ (firma del paziente)

Modello Allegato 2

(da restituire al fabbricante)

Il sottoscritto dott. _____,

DICHIARA

di aver ricevuto da _____

iscritto nel registro fabbricanti del Ministero della Salute, con numero ITCA _____,

due copie della prevista Dichiarazione relativa al Dispositivo su misura _____,

per il paziente (nome, acronimo o codice numerico) _____.

Una copia della predetta Dichiarazione sarà conservata agli atti dello studio, l'altra copia sarà tenuta a disposizione del paziente sopra indicato per i prossimi 5/15 anni.

Data e firma del prescrittore

Modello Allegato 3

➤ parte I

Il sottoscritto _____, prescrittore del DM su misura _____, per il paziente (nome, acronimo o codice numerico) _____,

DICHIARA

di aver consegnato la prevista Dichiarazione, redatta dal fabbricante, al paziente sopra indicato in data _____.

Firma del prescrittore

per ricevuta _____

_____ (firma del paziente)

➤ parte II

Il sottoscritto _____, prescrittore del DM su misura _____, per il paziente (nome, acronimo o codice numerico) _____,

DICHIARA

di aver informato il paziente sopra indicato che la prevista Dichiarazione, redatta dal fabbricante, sarà tenuta a disposizione dello stesso paziente per i successivi 5/15 anni.

Firma del prescrittore

per presa visione _____

_____ (firma del paziente)

Fondazione Onaosi nuovo statuto e termine ultimo per iscrizione volontaria

Con decreto interministeriale del 9 febbraio 2010 i Ministeri del lavoro e dell'Economia hanno approvato il nuovo statuto che l'ONAOSI si era data il 12 gennaio 2008, per adeguarsi alla previsione dell'art. 29 della legge 29/11/2007, n. 222.

Gli scopi della fondazione sono precisati nell'art. 2 dello statuto che recita: *"L'attività della Fondazione ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, entro i limiti di bilancio, degli orfani, siano essi figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio o di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte"*.

Oltre agli orfani dei contribuenti obbligatori e volontari che, alla data del decesso, risultino iscritti e in regola con i versamenti dei contributi, hanno titolo alle prestazioni della Fondazione, secondo il Regolamento su prestazioni e servizi:

- i figli dei contribuenti obbligatori e volontari dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione, in regola con i versamenti e con cancellazione dai rispettivi Ordini provinciali;

- i figli dei contribuenti obbligatori cessati dal servizio, anche per dimissioni volontarie, oppure con 60 (sessanta) anni di età e che abbiano, in ogni caso, un minimo di 30 anni di contribuzione complessiva e che mantengano la contribuzione all'ONAOSI;

- i figli dei contribuenti volontari che, avendo un minimo di 60 (sessanta) anni di età, abbiano versato complessivamente il contributo annuale per almeno 30 anni e che mantengano la contribuzione all'ONAOSI;

Le prestazioni e i servizi che la Fondazione eroga sono:

- Ammissione in strutture
- Contributi in denaro, di carattere ordinario e straordinario
- Interventi diretti a favorire la formazione
- Interventi speciali a favore dei disabili
- Convenzioni con Università, istituti e centri di Ricerca per la Formazione.

A ciò si aggiunge, nei limiti e nel rispetto delle compatibilità di bilancio, secondo le modalità e i criteri stabiliti con apposito regolamento, l'erogazione di prestazioni:

a) ai figli del contribuente vivente, il quale si trovi in situazioni di grave e documentata difficoltà economica;

b) ai figli dei contribuenti anche in caso di decesso del genitore non sanitario nel caso di grave e documentata difficoltà economica;

c) ai contribuenti in condizioni di comprovato disagio economico, sociale e professionale al fine del loro recupero lavorativo.

Inoltre la Fondazione può erogare prestazioni assistenziali ai contribuenti disabili e agli ex contribuenti, se indigenti secondo criteri e modalità stabiliti con apposito Regolamento, qualora essi non usufruiscano in concreto di prestazioni erogate altri Enti allo stesso titolo.

Infine i figli di contribuenti obbligatori o volontari viventi, gli stessi contribuenti e i loro coniugi possono fruire, a pagamento, di alcune prestazioni e servizi (p.e. ammissione in strutture: collegi, convitti, centri formativi, case vacanze, frequenza a master o particolari attività formative o corsi professionalizzanti, ecc.)

I contribuenti si dividono in obbligatori e volontari.

1. Sono contribuenti obbligatori della Fondazione tutti i Sanitari, dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi Ordini professionali italiani dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti.

2. Sono contribuenti volontari della Fondazione tutti gli altri sanitari laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria, medicina veterinaria e farmacia, non rientranti nella categoria precedente, che ne facciano richiesta, a condizione che la stessa venga accolta.

3. I contribuenti obbligatori e volontari sono tenuti al versamento dei contributi nella misura e con le modalità deliberate dal Comitato di Indirizzo con regolamenti soggetti ad approvazione dei Ministeri vigilanti ai sensi dell'articolo 3, comma 2, Decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509 e successive modifiche e integrazioni.

4. Per i contribuenti obbligatori l'entità del contributo è rapportata, per ciascun interessato, ad una percentuale della retribuzione di base ed all'anzianità di servizio nei termini previsti dal regolamento.

5. Per i contribuenti volontari le quote attualmente previste sono le seguenti:

PER ANZIANITA' ORDINISTICA COMPLESSIVA FINO A 5 ANNI

- € 155 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 140 annui per reddito complessivo individuale superiore a e 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 75 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a e 40.000,00;
- € 25 annui per reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00.

PER ANZIANITA' ORDINISTICA COMPLESSIVA SUPERIORE A 5 ANNI

- € 155 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 140 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 125 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;
- € 40 annui per reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00.

PER ETA' SUPERIORE A 67 ANNI ED ANZIANITA' CONTRIBUTIVA ONAOSI DI 15 ANNI

- € 65 contributo una tantum (in vigore dal 1.1.2009), per età superiore ai 67 anni ed an-

zianità contributiva complessiva (obbligatoria e/o volontaria) di almeno quindici anni.

ATTENZIONE

Il nuovo statuto all'art. 24 prevede delle scadenze particolari per l'iscrizione dei contribuenti volontari, a partire dalla data di approvazione dello statuto stesso (9 febbraio 2010).

1. **Per i sanitari neo iscritti** rispettivamente **agli Albi provinciali** dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro 5 (cinque) anni dalla data di prima iscrizione all'albo. Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile.

2. **Per i sanitari già iscritti** rispettivamente **agli Albi provinciali** dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, ma non contribuenti alla data di entrata in vigore dello Statuto, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro 1 (uno) anno dalla data di entrata in vigore dello Statuto. Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile. **(TERMINE 08/02/2011)**

3. **Per i sanitari già contribuenti obbligatori, che cessino da tale regime di contribuzione**, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro 2 (due) anni dalla cessazione. Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile.

4. Il mancato o irregolare pagamento dei contributi obbligatori e/o volontari, se non sanato nei termini previsti dal regolamento, comporta, in ogni caso, la perdita definitiva dello status di contribuente e del diritto ad ogni prestazione, nonché l'impossibilità di una nuova iscrizione.



FONDAZIONE
ONAOSI

Intervista al prof. Riccardo Calafiore sulla nuova scoperta scientifica della patogenesi e potenziale cura radicale del diabete mellito di tipo 1

A cura del Prof. Fausto Santeusano

Alcuni mesi or sono un gruppo di ricercatori della Università di Perugia, coordinato dal prof. Riccardo Calafiore responsabile del Laboratorio Multidisciplinare per i Trapianti Cellulari Endocrini dell'Università di Perugia, ha pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale *The Journal of Experimental Medicine* un articolo di grande interesse scientifico per le potenziali ricadute in ambito clinico (*Therapy of experimental type 1 diabetes by isolated Sertoli cell xenografts alone; J. Exp. Med.* 206,11, 2511-26, Oct 200; Autori: F. Fallarino, G. Luca, M. Calvitti, F. Mancuso, C. Nastruzzi, M.C. Fioretti, U. Grohmann, E. Becchetti, A. Brugevin, R. Kratzer, P. van Endert, P. Puccetti, R. Calafiore). Il lavoro introduce un approccio del tutto innovativo nella ricerca sperimentale rivolta alla possibile, quanto auspicabile, cura radicale del diabete mellito di tipo 1 (insulino-dipendente o T1DM). Abbiamo pertanto intervistato il prof. Calafiore per avere da lui dei commenti sui risultati dello studio e sulle possibili applicazioni in campo clinico.

Prof. Calafiore, il diabete di tipo 1 colpisce soprattutto bambini e giovani e richiede l'attuazione di rigorosi schemi di terapia insulinica al fine di prevenire o ritardare le temute complicanze croniche micro e macrovascolari. Quali sono le conoscenze più moderne sulla patogenesi di questa malattia?

E' ormai ben noto che il T1DM è il risultato della distruzione autoimmune che colpisce selettivamente le cellule beta indovate nelle isole di Langerhans del pancreas endocrino. Tali cellule, a cui spetta il compito di secernere insulina sia in condizioni di digiuno che post-assorbitive, così da mantenere la glicemia costante entro un "range" fisiologico (70-140 mg/dl), in ogni momento della

giornata, sono il bersaglio di un processo di auto-aggressione immunitaria guidato da cloni autoreattivi di linfociti CD4. Tale processo, che si sviluppa in una finestra temporale lunga in genere anni, termina con la totale distruzione del patrimonio beta-cellulare insulare pancreatico. Ciò si traduce inevitabilmente nell'azzeramento della secrezione endogena di insulina e in un aumento incontrollato dei valori glicemici. Essendo il T1DM una malattia multifattoriale, il processo di distruzione autoimmune è favorito da un particolare assetto genotipico, con la corresponsabilità di fattori scatenanti peraltro ancora non del tutto chiariti, che comprendono tossici ambientali e alimentari nonché infezioni virali, il cui peso patogenetico può peraltro variare da individuo ad individuo. Certo è che una volta completata la distruzione delle beta cellule, al soggetto ammalato non resta che iniziare una terapia sostitutiva con i preparati di insulina oggi disponibili, in modo da correggere lo squilibrio metabolico ed evitare conseguenze letali.

Vi sono stati finora tentativi di cura radicale del T1DM in alternativa alla terapia insulinica convenzionale?

Oltre alle lunghe ricerche per giungere alla realizzazione di un pancreas endocrino artificiale portatile (possibilità di creare un sensore artificiale per il glucosio che, connesso ad un microcomputer, sia in grado di generare algoritmi fisiologici di infusione insulinica, nell'ambito di un sistema ad ansa chiusa), peraltro tuttora in fase sperimentale, esiste anche l'approccio "biologico". In breve esso consiste nel trapianto di pancreas intero o di isole di Langerhans estratte da pancreas di donatori umani. Il trapianto di pancreas intero ha dato risultati migliori e duraturi, ma per vari motivi

tale approccio può essere attuato solo in un numero limitato e ben selezionato di pazienti, considerando soprattutto i rischi della terapia immunosoppressiva. Risultati sinora deludenti e comunque di breve durata sono stati ottenuti con l'impianto nel circolo della vena porta, o nella cavità peritoneale di insule pancreatiche umane. Negli anni trascorsi, a partire dal 1990, un passo importante verso la possibilità di eseguire trapianti di insule senza dover immunosopprimere il ricevente è stato compiuto dal nostro Laboratorio con lo sviluppo di sofisticate tecnologie per la immunoprotezione dei trapianti di insule entro microcapsule di acido alginico (polisaccaride estratto da alghe marine) complessato con policationi aminoacidici. Ciò consente di evitare la terapia immunosoppressiva.

Quali sono i risultati raggiunti con l'impianto delle microcapsule contenenti insule pancreatiche?

Abbiamo iniziato noi, per la prima volta a livello internazionale, dopo aver ottenuto il permesso dell'Istituto Superiore di Sanità, a trapiantare nell'uomo microcapsule contenenti insule umane. Ma proprio la cronica penuria di donatori d'organo ha rallentato i nostri studi, limitati finora a soli 4 pazienti. Per aggirare questo ostacolo occorrerebbe far ricorso a insule non umane (es. di maiale, data l'affinità ben nota tra insulina umana e suina), immunoprotette dalle microcapsule. A tale proposito, proprio in questo periodo, è in corso di esecuzione uno studio clinico pilota con le nostre microcapsule in Nuova Zelanda, presso la Living Cell Technologies Ltd di Auckland dove 8 pazienti sono stati sottoposti a trapianto di insule suine microincapsulate senza immunosoppressione. Vedremo tra breve i risultati clinici dello studio, e ove le Autorità sanitarie consentissero l'impiego di tessuto suino nell'uomo, anche in Europa, noi saremmo pronti ad effettuare i primi trapianti. Il possibile impiego di tessuto insulare non umano (es. suino) adeguatamente immunoprotetto dalle microcapsule sarebbe una risorsa importante perché in tal modo non sarebbe più neces-

sario ricorrere ai donatori di pancreas umani.

Come si inserisce allora in questo ambito la vostra nuova linea di ricerca?

Una strategia del tutto innovativa potrebbe consistere nel ricostruire i complessi sentieri immunogenetici che gradualmente avviano la distruzione auto-immunitaria delle beta-cellule, cercando se possibile di bloccarli, favorendo al tempo stesso la rigenerazione delle cellule insulino-secerenti. Detto così l'obiettivo potrebbe apparire fin troppo ambizioso, ma è questa la strategia sperimentale verosimilmente più avanzata ed efficace per conseguire l'obiettivo della cura radicale del T1DM. In effetti, se fosse possibile abbattere il processo auto-distruttivo beta-cellulare operato dai cloni linfocitari CD4, ciò potrebbe consentire la rigenerazione di cellule beta sane e funzionanti. In altri termini, se si inducesse nell'organismo colpito dal T1DM uno stato di immunotolleranza acquisita, l'abbattimento dei processi di distruzione autoimmune favorirebbe l'attivazione dei meccanismi di rigenerazione cellulare a partire dall'elemento staminale mesenchimale pancreatico, probabilmente localizzato nell'albero duttale. Nel nostro Laboratorio abbiamo intrapreso questa nuova strategia di ricerca da anni, in parallelo con i trapianti di insule di Langerhans microincapsulate, ricorrendo all'impiego di un particolare stipite cellulare, le cellule del Sertoli (SC) normalmente situate nel compartimento tubulo-seminifero del testicolo.

Che cosa sono e come funzionano le cellule di Sertoli nel vostro modello?

Nel testicolo le SC hanno la funzione di proteggere le cellule germinali maschili, nel corso del loro complesso percorso maturativo, da danneggiamenti autoimmunitari, fornendo loro, al tempo stesso, un insostituibile supporto nutrizionale costituito da fattori di crescita di importanza fondamentale. La barriera anatomica costituita dalle SC, definita barriera emato-testicolare rende di fatto il testicolo un sito immunoprivilegiato, virtualmente non riconosciuto come *self* dallo stesso organismo,

e pertanto inattaccabile da processi autoimmunitari. E sono state proprio le doti di per sé uniche in Biologia possedute dalle SC, sia come organo immunoprotettivo che come serbatoio di fattori di crescita ad aver suscitato il nostro interesse sperimentale. Dopo aver messo a punto una tecnologia unica per la separazione e purificazione delle SC da testicoli di suini impuberi le abbiamo microincapsulate e studiate a lungo in vitro, a contatto con altri stipiti cellulari, incluse ovviamente le insule di Langerhans isolate sia umane che animali. Abbiamo subito notato che le SC esercitavano un'importante funzione trofica nei confronti delle insule, consentendone la sopravvivenza in coltura per lunghi periodi di tempo, a confronto delle insule di controllo non esposte al contatto con le SC. Ma, aspetto ancora più importante, le SC erano in grado di aumentare la capacità insulino-secretoaria delle insule co-incubate e di accelerare la maturazione da stadi immaturi (es. insule di suino neonato) a quelli definitivi, dotati di autonoma competenza funzionale.

Questi interessanti risultati ottenuti in vitro hanno avuto una conferma nell'animale diabetico?

Certamente. Tutto ciò infatti è stato confermato anche da studi condotti su animali da esperimento (topi, ratti). Questi studi preliminari hanno creato le premesse della nostra scoperta scientifica. Il topo NOD è l'unico modello animale di T1DM umano, sviluppando spontaneamente un processo di autodistruzione beta-cellulare pancreatico immuno-mediato che porta a morte l'animale in poche settimane ove non si istituisca un regime di terapia insulinica sostitutiva. Nessuno finora era riuscito a guarire definitivamente questi animali, neppure facendo ricorso a trapianti di insule con o senza capsule, in regime di terapia immunosoppressiva. Facendo affidamento sulle doti funzionali uniche possedute dalle SC, le abbiamo micro incapsulate e trapiantate in topi NOD con T1DM manifesto (glicemie \approx 500 mg/dl) a livello endoperitoneale. Sorprendentemente, abbiamo osservato la completa e

definitiva remissione della sindrome iperglicemica a distanza di una settimana dal trapianto nell'81% degli animali trattati, mentre i controlli trapiantati con capsule vuote decedevano a 4-5 settimane dall'intervento. Le SC avevano infatti consentito di cambiare completamente l'assetto immunogenetico del topo NOD trapiantato passando dalla modalità Th-1, autodistruttiva, a quella Th-2 immunoprotettiva, con l'ausilio di vari fattori di crescita e immunomodulatori, in primis il TGF β . Inoltre contemporaneamente all'abbattimento del ciclo distruttivo autoimmunitario, le SC inducevano l'aumentata espressione di fattori trascrizionali genici che sono alla base dello sviluppo embrionale delle cellule beta di derivazione staminale: di qui la comparsa di nuove cellule beta nel pancreas degli animali trapiantati con le SC micro incapsulate, che portava alla normalizzazione della glicemia.

Quali sono ora le prospettive per trasferire all'uomo, in un contesto clinico diabetologico, questa importante scoperta?

Questa scoperta sperimentale in un modello animale assai affidabile e riconosciuto di T1DM apre di fatto nuove prospettive sperimentali per la cura radicale di tale disordine metabolico anche nell'uomo. E' in corso di preparazione la richiesta all'Istituto Superiore di Sanità per iniziare uno studio clinico pilota in fase 1 in pazienti con T1DM di recente insorgenza che nei prossimi anni potrebbero beneficiare fortemente delle proprietà immunomodulatorie ed accrescitive-differenziative delle SC sulle cellule staminali pancreatiche, a finalità rigenerative β -cellulari.

Bibliografia

F. Fallarino, G. Luca, M. Calvitti, F. Mancuso, C. Nastruzzi, M.C. Fioretti, U. Grohmann, E. Becchetti, A. Brugevin, R. Kratzer, P. van Endert, P. Puccetti, R. Calafiore: Therapy of experimental type 1 diabetes by isolated Sertoli cell xenografts alone; J. Exp. Med. 206,11, 2511-26, Oct 2009



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**

06129 Perugia - Via Settevalli, 131 - Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012
e-mail: uffici@ordinemediciperugia.it - sito internet: www.ordinemediciperugia.it



Perugia, lì 27/10/2010

Prot. 003181 Allegati
Rif. N. del

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

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 venerdì 17 dicembre 2010 alle ore 07.30 in prima convocazione, e **SABATO 18 DICEMBRE 2010 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE** Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente **ORDINE DEL GIORNO**:

1°) Approvazione Conto Consuntivo 2009, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2010, Approvazione Bilancio Preventivo 2011 - Relazione finanziaria del Tesoriere.

2°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.



**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 ANNUALE DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.

DATA _____

FIRMA
