



Bollettino ^{3/4} 2011

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - ANNO XLVII - 3-4/2011



Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti DOMENICA 18 DICEMBRE 2011

i n d i c e

Perdonatemi
perché ho
peccato!

pagina 5

Organismi di
Conciliazione

pagina 8

Al Nostro
Domenico Tazza

pagina 15

Quale tutela
legale per gli
specializzandi?

pagina 18

Un "Preunitario"
Diploma
in Medicina

pagina 20

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

Anno XLVII – 3-4/2011

SOMMARIO

Assemblea	3
Perdonatemi perché ho peccato!	5
La mediazione:	8
Convenzione	11
Farmaci innovativi:	13
Al Nostro Domenico Tazza	15
Quale tutela legale per gli specializzandi?	18
Un "Preunitario" diploma in medicina	20
Medici e dentisti:	23
Lotta all'abusivismo	24
L'utilizzo di gel piastrinico concentrato	25
Tre pillole dall'epidemiologo	27
È possibile alleviare lo stress	29
I Fogliardi nella vita culturale e patriottica	32
Diagnosi precoce del deterioramento cognitivo	34
Appunti di Medicina e di Biologia Molecolare	41

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'alexandro
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. 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. 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*

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2011



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

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

Perugia, li 04/11/2011

Prot. 00349/4
R.E.N.

Allegati
del

A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI
ODONTOIATRI DI PERUGIA
- **LORO SEDE** -

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

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

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.

Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131 il giorno sabato 17 dicembre 2011 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

DOMENICA 18 DICEMBRE 2011 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

1°) Approvazione Conto Consuntivo 2010, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2011, Approvazione Bilancio Preventivo 2012 - Relazione finanziaria del Tesoriere.

2°) Relazione morale del Presidente.

3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.

4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza".

5°) Varie ed eventuali.

Cordiali Saluti



IL PRESIDENTE

(Dott. Gaetano Conti)

DELEGA



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
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 CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.

DATA _____

FIRMA _____



Perdonatemi perché ho peccato!

Dott. Tiziano Scarponi

“No dottore! La terapia non me la segni ché andrò in erboristeria a farmela dare...” mi disse G. C., donna di 32 anni dopo avermi mostrato l’urinocoltura che documentava l’ennesimo episodio di cistite. “Da quando l’omeopata ha prescritto a mio figlio quei granuli da sciogliere sotto la lingua, l’allergia non si è vista più”. “Dottore! Per fortuna ho smesso la sua cura a base di antiinfiammatori che mi avevano tutta intossicata. L’omeopata con delle goccioline che vanno prese dopo averle agitate per un numero preciso di volte, mi ha risolto per il momento tutti i problemi....”.

Potrei andare avanti per molto con questo tipo di affermazioni che ho sentito nel mio studio da parte dei miei pazienti. Dapprima erano episodi sporadici, circoscritti, ascrivibili ad una tipologia di pazienti abbastanza omogenea e costante: donne dai 30 ai 50 anni, di solito molto acculturate, di ceto sociale medio alto e con il proprio stato civile che cambiava ogni tanto.

Poi gli episodi sono diventati più frequenti



ed anche la tipologia dei pazienti ha iniziato ad essere meno omogenea, più variegata. Allo stato attuale, infatti, posso affermare che la schiera dei consumatori delle terapie non convenzionali comprende tutte le categorie sociali e culturali, è distribuita in ugual misura fra i due sessi, solo l’età molto avanzata è scarsamente rappresentata. Sembra paradossale, ma nell’era dell’informatica, della telematica, della robotica e dell’ingegneria genetica, dei grandi interventi chirurgici, della pillola per tutto.. tutto c’era da aspettarsi, ma non certo questa esplosione, come la vogliamo chiamare, di alternativo? Di naturale? Di magico?..... Non nascondo che alle parole di G.C. ho provato un profondo senso di stizza:” Ma guarda ‘sta tipa! Viene da me per farsi fare una diagnosi e poi mi tradisce con l’erborista”. La stizza andava man mano aumentando mentre aumentavano le celebrazioni dei presunti successi terapeutici delle “altre terapie” a scapito di quelle mie, “scientifiche” e di documentata efficacia da tanto di



lavori e ricerche controllate.

A tanto risentimento che dentro di me covava, dovevo porre rimedio. La formazione psicoterapica che ho avuto mi ha insegnato, infatti, che l'aggressività che circola dentro se stessi va in qualche modo affrontata, pena somatizzazioni anche molto pericolose, pertanto l'ho dapprima lasciata fluire libera per rintuzzare in maniera energica e talora anche scortese le affermazioni dei miei pazienti. Dopo un po', però, ho ritenuto opportuno "sublimare" tale aggressività, d'altronde sempre dalla psicoterapia s'impara a uscire dai ruoli e dagli stereotipi, pertanto è venuto quasi automatico e spontaneo che quella stizza si trasformasse in curiosità e voglia di conoscere e studiare. Non mi sembra certo il caso di stare ora a raccontare il mio percorso formativo in omeopatia, ma credo sia molto più utile dire quello che si prova quando a più di 50 anni di età un medico si affaccia all'universo della Medicina "alternativa". Come di fronte a tutti gli universi sconosciuti si prova: smarrimento, perplessità, insicurezza e voglia di scappare. Viene spontaneo arroccarsi in maniera scettica sulla propria posizione oramai consolidata di conoscenze e di operatività, ma la curiosità ha prevalso e sono andato avanti. Quando si parla di medicina alternativa, la maggior parte dei medici pensa ad una cura con un po' di erbe non meglio identificate che tutt'al più male non fanno, ma è un riduzionismo incompleto e sbagliato. Non a caso ho usato la parola "universo", perché ci troviamo davvero in mezzo a mille galassie con i propri mondi e i propri pianeti: omeopatia, agopuntura, omotossicologia, fitoterapia, metalloterapia, aromaterapia, ayurveda e mille altri. Parlando ad esempio di omeopatia, tutti conoscono l'aforisma: "*Similia similibus curentur*", ma solo gli addetti ai lavori sanno che sarebbe più corretto parlare al plurale di omoeopatie in quanto esiste quella unista, quella pluralista, quella complessista,

quella ortodossa di Hahnemann, quella di Kent, la scuola francese, la scuola argentina.....ed altre ancora. Il disorientamento massimo lo abbiamo poi, quando dalla fase cognitiva e teorica si passa alla fase pratica ed operativa in cui tutta la metodologia ed il ragionamento derivante dalla fisiopatologia che ti è familiare viene abbandonato in nome della repertorizzazione, vale a dire la scelta di un rimedio in base ai sintomi che vengono indotti sperimentalmente da quello o quell'altro principio attivo, somministrato secondo certe diluizioni e dinamizzazioni.

Chiedo scusa ai "veri" omeopati di questa mia sintesi, ma non ho certo l'obiettivo di illustrare in due pagine l'omeopatia o le altre medicine non convenzionali, di sostenerne la validità scientifica o meno, ma volevo esporre alcune mie riflessioni di ordine generale per poi confrontarle con chi ne è interessato.

Da uomo e da medico ho sempre evitato di esprimere giudizi di condanna su ciò che non conosco. Potremmo discutere e dissertare una vita sulla memoria dell'acqua, sull'influenza dei campi magnetici, sulla potenza della suggestione e del placebo senza arrivare mai ad una conclusione, d'altronde sono perfettamente d'accordo con Thomas Kuhn e con il principio della incommensurabilità delle teorie, quando affermano che è impossibile confrontare teorie se queste non si basano su di un comune riferimento concettuale, dal momento che il significato delle affermazioni varia con il variare del contesto nel quale sono inserite. Come potremmo mai far dialogare il metodo positivista della medicina sperimentale di Claude Bernard con Vata, Pitta e Kapha vale a dire i tre *dosha* (energie vitali) dell'Ayurveda? Quale confronto possibile fra un antidepressivo inibitore della ricaptazione della serotonina e il fiore di Bach *agrimony*? Mi sembra giusto a questo punto ricordare come le lezioni più noiose e pe-

nose che mi sia sorbito siano state quelle in cui i docenti pretendevano di dimostrare la scientificità della psicoterapia prima e dell'omeopatia dopo. Non c'è niente da fare, a mio giudizio, i paradigmi sono diversi, i criteri e le ipotesi di partenza sono diverse, impossibile la conciliazione: come si fa a parlare in maniera scientifica dell'Es di Freud o dell'archetipo di Jung? Come è possibile parlare di principio attivo, secondo la farmacologia scientifica, quando un rimedio omeopatico può essere somministrato ad una diluizione tale che non lascia traccia di sé ad un'analisi chimica? Come comportarsi allora, che fare? Io faccio così. Per quello che mi riguarda, non parlo assolutamente di medicina alternativa, ma di medicina complementare o integrata; non mi sognerei mai di sospendere l'insulina ad un diabetico o di non spedire un paziente dal chirurgo nel sospetto di un addome acuto,



ma lasciando questi casi limite, in mille altre situazioni non ho nessuna difficoltà o remora mentale a prescrivere rimedi omeopatici od omotossicologici se i miei pazienti lo desiderano. I risultati ci sono, non chiedetemi il perché, ma ci sono.

Tutti ci domandiamo come mai la medicina alternativa abbia tanto consenso tra la gente comune e come mai si stia diffondendo nonostante alla medicina ufficiale vengano richieste sempre più le prove di efficacia e sempre più dei lavori condotti in maniera rigorosa? Senza dubbio una risposta viene dal fatto che "noi" "medici scientifici" abbiamo abbandonato degli spazi che la medicina non convenzionale ha di fatto mantenu-

to. Forse più che di spazi conviene parlare di dimensioni, anzi, di quella dimensione terapeutica che permette lo svolgimento della terapia stessa ancor prima di considerarne l'efficacia, mi riferisco alla dimensione relazionale e quella simbolica. Il prendersi cura nel senso etimologico della parola, la capacità di ascolto, la comprensione olistica del paziente sono già terapia e certe ritualità, basti pensare alle succussioni, rimandano a certi vissuti ancestrali e a certi spazi simbolici che sono dentro ognuno di noi. Permettetemi poi, prima di chiedere perdono del mio peccato di eresia nei confronti sia della medicina scientifica sia della medicina alternativa, di rivisitare alcuni concetti dell'epistemologia "moderna" e precisamente del filosofo della scienza cui mi sento particolarmente vicino: Paul Feyrabend. Non esiste un metodo scientifico universalmente

valido, atemporale ed apodittico. Nella realtà assistiamo di fatto ad un'anarchia metodologica in quanto la scienza procede e va avanti utilizzando tutto quello che crede più opportuno anche le pratiche più diverse ed in conflitto teorico fra di loro. "Qualsiasi cosa va bene, l'importante che funzioni". E' inutile cercare una logica sui modi in cui la scienza progredisce, una sua storia, la storia della scienza in quanto "la storia della scienza è un aspetto di quella storia più grande che è la storia umana, la quale non ha una logica propria, perché ha sempre utilizzato e continua ad utilizzare qualsiasi ingegnosità e qualsiasi follia dell'uomo".

La mediazione: una soluzione possibile alla crescita esponenziale delle controversie medico-paziente

Dott. Graziano Conti

Da molti anni i medici vivono il disagio della cosiddetta malpractice. Qualsiasi cosa avvenga nella sanità, v'è sempre, o quasi, da ricercare una colpa o un colpevole, anche per eventi che rientrano nella naturale evoluzione dei casi clinici e della storia naturale delle malattie. I pazienti sono divenuti esigenti, il risarcimento prende il posto della gratitudine. Una tendenza alla richiesta risarcitoria, spesso immotivata, e al ricorso al penale, quasi sempre concluso con l'assoluzione del medico, che ha già creato un grave danno alla società sia per la crescente disaffezione dei professionisti sia per l'aumento dei costi della sanità, derivante dalla medicina difensiva.

Di questo andamento sono testimonianza i dati che vengono continuamente presentati. Il totale dei contenziosi in area medica, contro ASL e singoli professionisti, è infatti cresciuto, dal 1994 a 2009, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. E' quanto emerge dall'ultimo rapporto ANIA (Associazione nazionale imprese assicuratrici) 2010-2011 sui sinistri nell'area medica. Nello specifico, la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2009 è stato pari a oltre 34.000 (34.035), di cui due terzi relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie. Il numero dei sinistri è cresciuto sensibilmente rispetto all'anno precedente (+15%). Analizzando il rapporto si scopre che ad aumen-

tare è sia il numero delle denunce contro i singoli professionisti (12.559 contro 11.851 dell'anno precedente) sia quelle contro le ASL (21.476 contro 17.746 del 2008). Una crescita considerevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Aziende e medici, passati dai 35 milioni del '94 ai 485 milioni di euro del 2009, di cui circa il 60% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 40% relativo a contratti stipulati dai professionisti sanitari. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni rilevati (1999-2009) si attesta al 12,5%.

Il legislatore ha cercato di porre qualche rimedio a questa situazione rendendo obbligatorio il tentativo di conciliazione tra le parti prima di ricorrere al giudice ordinario. Una strada non nuova, ma rafforzata oggi da strumenti giuridici idonei ancor-

ché non ancora completamente precisati. Comunque una speranza di maggior tranquillità per i medici e di più rapide conclusioni delle vertenze per i cittadini.

Per dare attuazione a questo nuovo istituto abbiamo firmato il giorno 23 settembre 2011 presso i locali dell'Ordine dei Medici, una Convenzione tra l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la Fondazione Forense e l'Ordine degli Avvocati di Perugia con l'auspicio che, con l'impegno e la collaborazione di questi tre organismi, si possa in breve tempo contribuire con questo mezzo a



rasserenare il lavoro dei medici e a dare una più rapida giustizia a chi la merita.

La mediazione è un metodo di risoluzione delle controversie fondato sulla volontà delle parti, laddove il mediatore non è un arbitro - egli non assume alcuna decisione - ma è un soggetto terzo che interviene per coadiuvare le parti ed i loro difensori nella ricerca di un accordo che sia soddisfacente per i loro interessi e che possa comporre la lite insorta. Con il ricorso alla mediazione, si è inteso, pertanto, promuovere un diverso approccio al contenzioso, che si affianchi al canale giurisdizionale e che possa fornire uno strumento innovativo per tutte quelle controversie che necessitano di una rapida soluzione, in una sede comunque professionale e garantita.

Con il Decreto legislativo 28/2010, è stato disciplinato il procedimento di mediazione ed è stato imposto il ricorso alla mediazione, quale condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziale, per una serie di materie, tra le quali le richieste di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica.

Proprio il fine di favorire un'adeguata trattazione di queste casistiche è l'obiettivo che si prefigge l'accordo firmato che ha lo scopo di garantire che tali controversie siano svolte in un contesto altamente qualificato e garantito, tenuto conto della rilevanza, anche sociale, dei diritti coinvolti, sia per i soggetti che si ritengono danneggiati, sia anche nell'interesse dei medici coinvolti.

E' stato, quindi, ritenuto auspicabile il coinvolgimento di entrambe le categorie nelle procedure di mediazione aventi per oggetto il risarcimento del danno per responsabilità medica, attraverso il possibile contributo di esperti medici in qualità di ausiliari del

mediatore avvocato o di consulenti tecnici della procedura. Ciò anche al fine di favorire la partecipazione alla procedura dei medici destinatari di una pretesa risarcitoria, in un ambiente che sia di assoluta garanzia ed imparzialità per tutte le parti coinvolte nella controversia.

La convenzione prevede, fin da subito, la costituzione di una commissione paritetica, che avrà il compito di individuare i criteri d'indirizzo per la gestione delle procedure amministrative dall'Organismo in materia sanitaria. I mediatori iscritti nell'elenco dell'Organismo di Mediazione Forense sono tutti avvocati del foro di Perugia che hanno già partecipato, con esito positivo, ad un percorso formativo, acquisendo ed approfondendo

alcune fondamentali tecniche di comunicazione e negoziazione, che si rivelano particolarmente efficaci nella procedura conciliativa. In attuazione della convenzione, anche i medici che coadiuveranno il mediatore nella procedura saranno opportunamente formati secondo gli standard di legge.

Il procedimento di mediazione avrà una durata non superiore a quattro mesi. Le tariffe sono stabilite per legge. A seguito della presentazione della domanda di mediazione, il responsabile dell'Organismo fissa il primo incontro tra le parti non oltre quindici giorni dal deposito della domanda.

Con la messa a regime di queste nuove procedure almeno i "tempi" dei contenziosi dovrebbero pertanto ridursi, poichè non sarà possibile rivolgersi direttamente alla magistratura per le controversie di questo tipo se prima non si è cercato di arrivare ad una conciliazione. Il nuovo sistema è nato per facilitare l'accordo tra le parti. La finalità non sarà quella di ottenere "sconti" ma di favorire una soluzione meno dispendiosa in termini



di tempo e di emotività.

Di certo la novità offerta dal legislatore sembra non dispiacere ai medici. Da un'indagine condotta nel mese di aprile da Asso-medico è emerso che l'88,5 per cento dei colleghi intervistati promuoverebbe l'introduzione di un processo di mediazione, e il 94 per cento ritiene che si avrà una riduzione di costi e tempi rispetto all'iter giudiziale.

Questo nonostante siano ancora in pochi ad essere informati sulle novità: il 66,5 per cento dei medici non è a conoscenza dei contenuti delle nuove disposizioni, appena il 21 per cento ne ha sentito parlare e solo il 12,5 per cento è preparato. Soprattutto il 60 per cento è persuaso che la via della conciliazione è un'opportunità da cogliere e offrirà la possibilità di salvaguardare il rapporto fiduciario instaurato con paziente. L'opinione è che la novità introdotta dal legislatore potrà avere ricadute positive sul rapporto medico-paziente, che sempre di

più si sta trasformando da rapporto fiduciario in un rapporto conflittuale con tutte le negatività che questo comporta. Potrà inoltre avere un impatto positivo sul risarcimento dei danni di piccola e media dimensione, con un'accelerazione dei tempi di risoluzione dei contenziosi e a una riduzione delle spese a carico delle parti. Necessaria premessa è comunque un cambio di mentalità per innovare rapporti tra medici e cittadini, per passare da una logica di conflitto a una disponibilità reciproca al dialogo.

I primi dati forniti dal Ministero della Giustizia relativi al flusso della mediazione civile nel primo mese e mezzo di attività indicano che il 13,6% di liti che passano per il tentativo di mediazione sono relative all'ambito sanitario. Su 399 casi ne venivano indicati in quel momento solo 6 risolti positivamente. Non sono dati incoraggianti, ma, come si è detto, i procedimenti durano 4 mesi e le statistiche, anche qui, come nei nostri trial, richiedono tempi lunghi e grandi numeri.



Convenzione tra la Fondazione Forense di Perugia e l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Perugia

Convenzione tra Fondazione Forense di Perugia – Organismo di Mediazione Forense, con sede in Perugia Piazza Matteotti n. 14, in persona del suo Presidente e legale rappresentante p.t. Prof. Avv. Giovanni Dean, nonché del Coordinatore dell'Organismo Avv. Angelo Santi;

E

l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia, di seguito indicato con l'acronimo OMCeOPG, con sede in Perugia in Via Settevalli n. 131 in persona del suo Presidente legale rappresentante p.t. Dott. Graziano Conti.

Premesso che

I. La Fondazione Forense di Perugia, costituita in data 25 luglio 2007 dall'Ordine degli Avvocati di Perugia ed iscritta in data 18 giugno 2008 nel registro delle Persone Giuridiche presso la Prefettura di Perugia al n. 1160 Parte Generale - n. 1161 Parte Analitica, ha provveduto ad istituire il 10 luglio 2008, a norma del Decreto Legislativo n. 5/2003, un Organismo di Mediazione attualmente denominato Organismo di Mediazione Forense di Perugia, di seguito semplicemente OMF, iscritto al n. 45 del Registro degli Organismi deputati a gestire i tentativi di conciliazione, istituito con decreto del ministero della giustizia 23/7/2004 n. 222.

II. Attualmente, in ossequio alle previsioni normative contenute nel Decreto Legislativo n. 28/2010 e nel successivo Decreto Ministeriale n. 180/2010, l'OMF, pur svolgendo la propria attività come emanazione e sotto il controllo della Fondazione Forense di Perugia, si adopera nella amministrazione delle procedure di mediazione secondo le modalità e nei termini previsti dal proprio regolamento, aggiornato, in conformità ai suddetti decreti, in data 14 marzo 2011.

III. In applicazione dei già citati decreti, dalla data del 20 marzo 2011, le controversie in materia del risarcimento del danno per responsabilità medica rientrano tra le materie per le quali il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità per l'esperimento della successiva azione giudiziaria.

IV. È intenzione dell'OMF, tenuto conto della rilevanza, anche sociale, dei diritti coinvolti e dell'obbligatorietà dei tentativi di mediazione per i risarcimenti del danno da responsabilità medica, di svilupparne e perfezionarne, nell'ambito della propria attività di mediazione, le relative procedure.

V. In virtù della particolare complessità della materia suddetta e della rilevanza dei diritti coinvolti, l'OMCeOPG ritiene necessario assicurare ai propri appartenenti la massima tutela possibile attraverso un ruolo attivo nelle procedure di mediazione relative a responsabilità medica.

VI. Per i motivi di cui ai punti precedenti, la Fondazione Forense di Perugia, attraverso il proprio Organismo di Mediazione, ritiene auspicabile il maggior coinvolgimento possibile dei medici nelle procedure di mediazione aventi per oggetto il risarcimento del danno per responsabilità medica.

VII. Per quanto esposto ai punti precedenti, le parti ritengono utile stipulare una convenzione che, in riferimento alle procedure di mediazione, aventi per oggetto il risarcimento del danno per responsabilità medica, gestite dall'OMF, incentivi e garantisca la presenza dei medici nel ruolo di mediatore ausiliario o di consulente tecnico.

VIII. L'OMCeOPG, al fine di facilitare la funzione dei propri appartenenti nelle procedure oggetto della presente convenzione, si impegna ad organizzare, per gli stessi, corsi tematici di formazione e

di informazione.

Tutto ciò premesso si conviene quanto segue:

- 1) Le premesse sono parte integrante ed irrinunciabile del presente accordo.
- 2) La Fondazione Forense di Perugia e l'OMCeOPG, nell'ambito delle attività dell'OMF, si impegnano ad istituire una commissione paritetica, rinnovabile ogni due anni, costituita da quattro membri, due dei quali indicati dall'OMCeOPG (uno iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed uno iscritto all'albo degli Odontoiatri), uno dalla Fondazione Forense ed uno dall'Ordine degli Avvocati di Perugia. Tale commissione sarà denominata Commissione per la Responsabilità Medica ed avrà il compito di individuare i criteri d'indirizzo per le valutazioni di cui al successivo art. 3. La Commissione, allo scadere di ogni anno, avrà cura di redigere un rapporto in merito alla effettiva applicazione della convenzione alle procedure di responsabilità medica trattate dall'OMF. I membri della Commissione nomineranno, al loro interno, un Coordinatore.
- 3) L'OMF, mediante il proprio responsabile, fatta comunque salva l'integrale applicazione del proprio Regolamento di procedura, valuterà, per ogni domanda avente ad oggetto richiesta di risarcimento danni per responsabilità medica, e previa consultazione con i componenti medici della Commissione, l'eventuale nomina di un Mediatore Ausiliario o l'opportunità di suggerire al Mediatore la nomina di un Consulente Tecnico, alle condizioni del Regolamento dell'OMF.
- 4) Ove l'OMF reputi necessario, previa consultazione con componenti medici della Commissione, affiancare al Mediatore un Mediatore Ausiliario, nominerà tale professionista, dotato degli indispensabili requisiti di legge, nell'ambito di un apposito elenco fornito e periodicamente aggiornato dall'OMCeOPG. Quest'ultimo stabilirà adeguati criteri turnari e di specializzazione, ai fini dell'individuazione del nominativo di volta in volta richiesto. L'OMCeOPG provvederà, altresì, alla formazione di un elenco di consulenti tecnici, già iscritti negli albi dei consulenti presso i tribunali, all'interno del quale i mediatori dell'OMF sceglieranno l'esperto da nominarsi, in base alle specializzazioni dichiarate.
- 5) L'OMCeOPG provvederà a divulgare adeguatamente, sia presso i propri iscritti che presso terzi, il tentativo di mediazione presso l'OMF, al fine di favorire che le richieste di mediazione dei propri membri siano presentate presso l'OMF.
- 6) Le parti si danno reciprocamente atto dell'impegno di promuovere ed organizzare eventi formativi e/o informativi riguardanti la mediazione in materia di risarcimento del danno da responsabilità medica.
- 7) La presente convenzione decorre dalla data sotto indicata ed ha durata indeterminata, salvo per ognuna delle parti la possibilità di recedere mediante comunicazione da effettuarsi con tre mesi di anticipo.

Letto approvato e sottoscritto in duplice originale.

Perugia lì 23 settembre 2011

Fondazione Forense di Perugia

il Presidente Prof. Avv. Giovanni Dean

Organismo di Mediazione Forense di Perugia

il Coordinatore Avv. Angelo Santi

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia

il Presidente Dott. Graziano Conti

“Si comunica che l'Ordine secondo quanto previsto al punto 2 della Convenzione ha già provveduto alla nomina dei suoi rappresentanti all'interno dell'organismo paritetico denominato Commissione per la Responsabilità Medica nelle persone del prof. Cesare Fiore e del dott. Andrea Donati.”

Farmaci innovativi: buona efficacia, ma costi elevati

Prof. Fortunato Berardi

Alcuni farmaci biotecnologici, per lo più antireumatici ed oncologici, hanno effetti determinanti sulla salute e sul benessere dei pazienti, migliorando la qualità della vita, ma hanno costi elevati, troppo onerosi per il sistema sanitario nazionale. Un ciclo di chemioterapia per un tumore colico è aumentato in dieci anni (1998-2008) di circa 9000 volte; contemporaneamente, però, è migliorata la qualità della vita di questi pazienti. Per questo, la sanità regionale italiana, pressata dalla crisi attuale, cerca di mediare tra i costi e le esigenze terapeutiche. Comunque,

per i farmaci biotecnologici, spendiamo meno degli stessi inglesi, che impiegano somme modeste, posizionandoci a livelli africani.

Tutto questo è stato affermato, da Bengt Johnsson, economista del

Karolinska Institute di Stoccolma, in un incontro organizzato a Roma dalla Accademia Nazionale di Medicina (ANM) su "Sanità ed innovazione tecnologica". Si è ricordato anche che pur ricorrendo alla fornitura da parte degli ospedali, pagando questi farmaci innovativi circa la metà, non si riduce significativamente l'impatto economico. Infatti, è proprio la spesa ospedaliera ad essere aumentata notevolmente, se confrontata con le altre voci di intervento sanitario. Dunque, quale soluzione proporre?; le ipotesi sono diverse!. L'Agenzia italiana del farmaco (AIFA)



suggerisce di utilizzare i nuovi farmaci soltanto in quei casi ove gli effetti sperati si siano realizzati. I manager della sanità, da parte loro, consigliano di impiegare questi medicinali più costosi, esclusivamente in quei pazienti con markers genetici che fanno prevedere una risposta ottimale. Tuttavia, è concreto il timore che vengano ridotti i finanziamenti per questo tipo di terapie. I pazienti artritici già segnalano che qualche regione ha iniziato a limitare le medicine biotecnologiche. Eppure, in un caso su quattro, sono le sole capaci di indurre la remissione della malattia e,

in altri due casi, sono in grado di arrestarne la rapida progressione, che nel 25% dei pazienti porta a modificare in modo peggiorativo l'attività lavorativa; mentre un 5% è costretto ad

abbandonare il lavoro, perché invalido (Mauro Miserendino, Doctor n.8, ottobre 2009).

Annualmente, i consumi di medicine e presidi, con relative perdite di lavoro, sono valutati pari ad una spesa di 14.000 euro. Un decimo, a carico del paziente per farmaci e presidi non dispensati dal Servizio sanitario nazionale; 4000 euro per l'assistenza familiare gratuita; il restante 86% dei costi (6000 euro circa) è determinato dalla perdita di produttività. I National Institutes britannici per la salute e l'eccellenza clinica (NICE), hanno recentemente elevato da 35 a 70 mila

dollari il valore di un'annata media di salute conservata, sollecitando le regioni ad aumentare il range, entro il quale il Sistema Sanitario dovrebbe programmare la spesa per le biotecnologie. Le Agenzie del farmaco hanno acquisito questa tendenza a "largheggiare", ma hanno chiesto anche, alle industrie farmaceutiche, sia lo sconto che la condivisione dell'impegno economico. Da parte sua, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha creato un accantonamento per i farmaci innovativi ed, in via temporanea, ha iniziato l'osservazione dell'efficacia dei prodotti che i medici andranno a monitorare; con rimborso dei trattamenti successivi se il primo ciclo di terapia si è dimostrato positivo. Alcune industrie, per determinati farmaci, hanno accettato persino un accordo di "pagamento al risultato". L'Azienda Sanitaria fornisce il farmaco, ma, se la malattia non conseguirà un beneficio, il Sistema sanitario nazionale non coprirà le spese che verranno corrisposte, invece, alla ditta produttrice, nell'eventualità di un successo terapeutico. Ancora, altre

aziende farmaceutiche accordano uno sconto del 50%, su particolari farmaci biotecnologici, per una determinata durata di trattamento, al fine di verificare l'effettivo beneficio nel singolo paziente in tempi medi.

In definitiva, i nuovi farmaci biotecnologici sono certamente molto onerosi per il Sistema Sanitario Nazionale; anche se risultano di estrema utilità per alcuni pazienti con patologie oncologiche o reumatiche. Oggi, il cittadino che ha disponibilità si assicura con formule integrative o spende in proprio per ridurre l'incertezza della somministrazione di questi farmaci biologici da parte del Sistema Sanitario Nazionale. Nel tempo, è necessario informare correttamente i cittadini su quale è l'effettiva capacità terapeutica di un farmaco rispetto ad un altro, per specifiche patologie, perché, tramite le loro organizzazioni, possano sollecitare le istituzioni che hanno il potere di decidere sulla concedibilità o meno dei nuovi farmaci biotecnologici, da parte del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale.

Certificato di invalidità equiparato alle perizie

Da Sole 24 ore - risposta 2867

D – La fattura emessa dal medico di famiglia per il rilascio del certificato di invalidità ex leggi 18/80 e 104/92, comprensiva di Iva, è detraibile tra le spese sanitarie?

R – Si ritiene che la spesa sostenuta per il rilascio del certificato d'invalidità possa fruire della detrazione, così come le perizie medico legali (in questo ultimo caso si veda il chiarimento fornito dall'amministrazione finanziaria con circolare 5/E del 12 maggio 2000, paragrafo 1.1.4

Al Nostro Domenico Tazza

Dott. Tiziano Scarponi

Non è certo facile trovare il giusto equilibrio per ricordare la figura di Domenico. Le sue doti, il suo valore, il suo livello professionale e di umanità erano tali che ogni descrizione, ogni valutazione corre il rischio di essere approssimativa e di far torto a quello che Lui veramente era. Non spetta a me, certo, parlare di Domenico come medico del pronto soccorso... Sicuramente i colleghi che condividevano lo stesso ruolo e lavoravano a fianco a

fianco con Lui potranno essere molto più esaurienti, comunque, le testimonianze su quello che faceva sono moltissime e tutte quante concordano nel descriverlo come un medico abilissimo dal punto di vista clinico e che "ci metteva tutta" l'anima e l'umana disponibilità nel prendersi cura dei pazienti. Sempre preciso e sempre al corrente di tutto.

Nessuna legge o leggina che riguardasse l'attività sanitaria gli sfuggiva, per non parlare poi della competenza informatica!

Credo di non essere smentito da nessuno nell'affermare che l'informatizzazione dell'attività del pronto soccorso del policlinico di Perugia sia in gran parte merito suo.

A me piace commemorarlo, però, ricordando un episodio della nostra storia professionale avvenuto nella prima metà degli anni ottanta, non ricordo l'anno preciso.

A quei tempi l'assistenza domiciliare integrata, la terapia palliativa erano dei concetti di là da venire ed ogni medico di famiglia si ingegnava e si organizzava come meglio credeva. I pazienti in fase terminale erano gestiti il più delle volte in proprio, con l'aiuto di infermieri "privati" che seguivano le nostre istruzioni.

I ricoveri in ospedale venivano attivati, come ancora oggi può succedere, per "far riprendere fiato" alla famiglia del malato ed anche a noi stessi. Il presidio terapeutico che andava per la maggiore era l'infusione di liquidi per fleboclisi che era



praticata in maniera molto disinvolta, con un'evidente funzione più antropologica che medica e capitava spesso di arrivare al capezzale del morente insieme al sacerdote: io somministravo il mio viatico e lui il suo.

Per farla breve. I familiari di quella paziente non volevano assolutamente ricoverarla in ospedale, ma insistevano nel fatto di dover far comunque "qualcosa" anche se io replicavo che oramai non era più possibile nemmeno reperire una vena e che anche l'infermiere più esperto aveva negato il proprio intervento.

Mi scappò detto che per infondere ancora liquidi si doveva scoprire una vena con il bisturi, ma occorreva un chirurgo e andava eseguito in ospedale. Non l'avevo mai fatto, fui aggredito dall'insistenza e dalle suppliche della famiglia e, vuoi per la mia incapacità di allora a dire di no o perché

sotto sotto covava un mio narcisismo inconscio, ecco che telefonai a quel "gigante biondo" che mi aveva fatto conoscere da poco un amico comune e che si era detto disponibile per prestazioni di piccola chirurgia.

Ci trovammo insieme a casa della paziente, dopo essersi lavati come fanno i chirurghi ed avere indossato guanti e camici sterili, con tanto di mascherina e cuffia, la vena venne abilmente preparata ed incanalata da catetere così da poter infondere a volontà.

Mentre dismettevamo gli abiti da "sala operatoria" ci venne chiesto l'importo dell'onorario e lui rispose: "L'ho fatto solo per fare un favore ad un collega amico" e si congedò.

Non nascondo che mentre salivamo in automobile gli manifestai tutto il mio disappunto:

avevamo impiegato quasi un pomeriggio, avevamo anche speso soldi per l'acquisto del catetere, del materiale da medicazione e poi eravamo dei professionisti.....La sua risposta fu senza parole, solo un sorriso con quello sguardo che può capire solo chi lo ha conosciuto e non ho parlato più. Ogni persona ritorna in mente con l'immagine di quello che lo ha caratterizzato e quando penso a Domenico mi si formalizza sempre la stessa immagine: due occhi azzurri dallo sguardo triste.

Caro Mimmo come facevi ad essere così pacato e così discreto? Ti ho visto sempre disponibile e pronto verso i pazienti, verso i colleghi, sempre equilibrato e misurato anche nei momenti conviviali, quando molti di noi, me compreso, perdevano i freni inibitori. Mai una volta ti ho visto inquieto, anche quando, all'Ordine dei Medici di cui rivestivi la carica di presidente del collegio dei revisori dei conti, in



occasioni di confronto sulla politica professionale si evidenziavano divergenze e disparità di opinione difficili da superare. All'ultima riunione del Consiglio dell'Ordine dei Medici, il posto alla mia sinistra che di solito tu occupavi, all'inizio della seduta era rimasto vuoto in maniera quasi imbarazzante.

Nessuno aveva il coraggio di occuparlo come se tutti avessimo saputo che sarebbe stato impossibile sostituirti ed all'unanimità e con gli occhi lucidi si è deciso d'ora in avanti di dedicare alla tua memoria il premio per la migliore tesi di laurea dell'anno.

Sguardo triste disarmante, ecco come mi sei venuto subito in mente, quando sono stato informato del tuo incidente e della tua morte e l'angoscia che stava montando si è paradossalmente lenita nel vedere la tua splendida famiglia:

Adelaide tua moglie e i tuoi tre meravigliosi figli. Il vedere come si comportavano, con quale coraggio e determinazione stavano affrontando quel terribile momento è stato ed è di esempio per tutti noi.

Che altro aggiungere? Un po' di silenzio, quel silenzio eloquente di cui il tuo sguardo era capace.

Chi eri.

Adelaide

Mi è stato chiesto di raccontarti, sinteticamente dire chi eri.

Basterebbe una parola nell'accezione più globale del termine: eri un uomo.

Un uomo che si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1979, ha svolto l'attività di volontario presso la clinica chirurgica di Terni con il professor Luigi Moggi, ha conseguito la specializzazione in chirurgia generale, mantenendosi i primi anni con il servizio festivo e notturno di guardia medica a Terni.

Nel 1983 hai seguito un corso sulla diagnostica ad ultrasuoni per il sistema vascolare negli Stati Uniti e sei poi stato assunto presso il Pronto soccorso di Monteluce prima, continuando poi la tua opera nell'organizzazione della nuova struttura del Santa Maria Della Misericordia.

Mi piace ricordare che il nostro pronto soccorso sia stato fra i primi ad essere informatizzato anche grazie alla tua opera; attualmente eri dirigente medico responsabile dell'OBI.

Questa però è solo una parte del tutto, costituito anche da un impegno sociale costante: MEDICI PER CASO, CRI; dell'amore per la cultura, OICOS, associazione filosofica nata a Bastia; per la natura, eri infatti un cacciatore, di quelli che amano confrontarsi alla pari con gli animali.

Ma soprattutto eri un marito, un padre, un figlio, un amico sempre sorridente e disponibile.

Eri e sei per tutti noi Mimmo.

Quale tutela legale per gli specializzandi?

Dott. Emanuele Scarponi - medico specialista in formazione

Noi, medici specialisti in formazione, presenti ormai in tutte le cliniche dell'Ospedale S.Maria della Misericordia, siamo probabilmente il motore della macchina medica burocratica e anche clinica di tutti i reparti.

Sempre pronti a scrivere cartelle, aggiornare terapie, richiedere esami, consulenze, redigere dimissioni. Grande mole di lavoro che normalmente viene svolta da noi tutti... specializzandi. Sotto la supervisione del medico "strutturato", facciamo visite, refertiamo TAC, aiutiamo in sala operatoria, prescriviamo farmaci.

La sottile "linea rossa" che separa gli atti medici che si possono fare da quelli che non si potrebbero fare non è nettamente visibile, anzi, spesso è proprio assente. Spesso in alcune cliniche vengono svolte mansioni da specializzandi che in altre è proibito, ma purtroppo o per fortuna, noi siamo lì, sempre presenti per formarci, per apprendere il più possibile dai colleghi "anziani", commettendo i nostri errori, aiutandoli nella burocrazia, sperando così di entrare nelle grazie del tutor ormai "amico" che ci permetta di imparare qualche cosa di nuovo.



Alcuni mesi fa diversi colleghi medici specialisti in formazione, si sono trovati per la prima volta di fronte alla macchina della giustizia italiana. I fatti sono sempre i soliti. Un decesso improvviso, i parenti che cadono dalle nuvole e partono a piede libero con esposti alla procura. Il magistrato si sveglia, sequestra le cartelle, e manda "a pioggia" avvisi di garanzia prendendo nomi e cognomi dei medici coinvolti dalle cartelle cliniche. Nomi e cognomi di medici che hanno

magari solo aggiornato un diario giornaliero, prescritto un farmaco. Fin qui potremmo dire: nulla da eccepire... o meglio.. avrei pure da eccepire.. ma tanto ormai si sa... la giustizia italiana è questa... quella dove l'85% dei processi non hanno un

colpevole o il fatto non sussisteva, quella che anche nei processi più in vista si passa dalla richiesta del PM di ergastolo all'assoluzione piena. Ma non è questa la sede per contendere.

Prendiamo in mano la letterina verde, la apriamo e cerchiamo subito conforto con il collega adulto, ormai specializzato anch'esso in giurisprudenza sulla propria pelle. Il tutor ci guarda, ci fa un sorriso e dice di non preoccuparci,



che anche questo è il nostro lavoro... ai giorni d'oggi.

Iniziano i giri per gli uffici dell'Azienda, che ci rimandano a quelli Universitari, che a loro volta ci rimpallano all'Azienda... Si chiamano avvocati, periti per l'eventuale autopsia, e intanto ci domandiamo: "Ma questo è morto perché ho aggiornato il diario giornaliero? Che centro io?". Pensieri veloci perché da lì a due giorni c'è l'autopsia, e bisogna nominare un avvocato e un perito.

Tutto pronto.

Tutto sistemato per l'autopsia, a quel punto ci domandiamo: "E l'avvocato chi lo paga? E il perito?".

Si riparte per gli uffici: Direzione dell'azienda, Università, Facoltà, Direttore della scuola di specializzazione...

Fatta l'autopsia. Non c'è un nesso

tra la morte e alcun atto medico. E' chiaro... lo sapevamo... non posso avere ammazzato una persona perché ho scritto "apiretico, pressione arteriosa 130/90 mm hg sulla cartella clinica" e ora? L'avvocato? Il perito? Chi lo paga?" Ci incontriamo tutti insieme, si spiega a tutti i colleghi specializzandi del problema, si scrive una lettera. La risposta in sintesi: l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha un regolamento che prevede la richiesta di patrocinio legale, con il quale rimborsa il minimo tariffario di un solo avvocato, nel caso in cui il medico venga poi assolto da tutti i capi d'accusa.

Tale regola è valida per i dipendenti dell'azienda e per il personale convenzionato, non vale per i medici specialisti in formazione.

Morale: pagare di tasca propria le spese per l'avvocato e il perito pur non avendo commesso un bel niente.

Da qui le reazioni... a caldo... immediate... chi propone di non firmare più niente, chi vuole firmare solo previa controfirma dello strutturato, chi decide di fare le proprie ore come da contratto (36 + 2 h) in maniera passiva senza assolutamente toccare un paziente.

Finisce la riunione. Ci si guarda insieme in viso, ci si alza dalle sedie e si ritorna nei propri reparti.

Ci sta chiamando il personale infermieristico, c'è un'urgenza, si corre, si visita il paziente, si cura, come se tutto ciò che è successo non avesse spostato di un millimetro la realtà... Mi tornano in mente le proposte venute fuori qualche momento prima durante la riunione..... e sorrido.

La realtà alla fine è solo una.

Siamo medici ... vogliamo fare bene il nostro lavoro... vogliamo pagare per gli errori commessi... ma non per quelli non commessi... qualcuno ci aiuti per questo.

UN “PREUNITARIO” DIPLOMA IN MEDICINA (dove Medicina e Storia Patria si incontrano)

Dott. Antonio Giorgi, Dott. Attilio Losito

Fra i documenti ed i ricordi che il collega Antonio Giorgi, ortopedico, conserva nel suo archivio privato è stato rinvenuto il diploma di laurea in Medicina del suo bisnonno Luigi Giorgi, conseguito nella Facoltà Medica dell'Università di Pavia nel 1838.

Tale diploma assume notevole importanza in quanto risale a prima dell'Unità d'Italia. Il diploma fu conferito in nome di Ferdinando I imperatore d'Austria, in quanto il Lombardo-Veneto apparteneva ancora all'Austria. Ferdinando I era zio e predecessore di Francesco Giuseppe. Nel diploma si parla di Facoltà di Medicina tout court e non di Chirurgia. Anche questo fatto va sottolineato: le due branche non erano associate nel conferimento del diploma di laurea. Altra particolarità è che il diploma assumeva contestualmente un valore abilitante all'esercizio della pratica medica. Dalla lettura del “Privilegium”, termine con cui veniva definito il diploma, si evince che il Preside della Facoltà Medica di Pavia era il professor Carlo Cairoli, allievo del celebre chirurgo ed anatomico Antonio Scarpa. Carlo Cairoli fu anche primo chirurgo ostetrico nella Sala Partorienti dell'Ospedale Grande di Pavia, direttore dell'armamento chirurgico



dell'Università di Pavia e rettore nel 1823 della Alma Università Ticinese; inoltre fu chirurgo della scuola militare fondata da Napoleone nel 1805 presso il collegio Ghisleri e del Luogo Pio degli Esposti. Carlo Cairoli fu padre di nove figli, due dal primo matrimonio e sette dal secondo; I figli nati dal primo matrimonio morirono in tenera età, uno di tisi e l'altro di parto. Dei sette figli nati dal secondo matrimonio Benedetto, uno dei Mille, divenne Presidente della Camera ed in seguito Presidente del Consiglio. Ernesto morì combattendo tra i Cacciatori delle Alpi, Luigi morì di tifo a Cosenza durante la spedizione dei Mille, Enrico morì per i postumi di una ferita riportata nella battaglia di Villa Glori nel 1867.

Dalla lettura del Privilegium possiamo evidenziare quanto, in quel periodo storico, si desse importanza alla preparazione del dottorando ed all'etica che lo stesso doveva dimostrare di possedere. È rimarchevole l'ispirazione che permea tutto il Privilegium riguardo ai precedenti Maestri e la semplicità con cui queste rilevanti figure garantivano la preparazione e l'onestà intellettuale del candidato. Diamo di seguito la traduzione in italiano del testo latino del Privilegium.

Noi, Rettore e l'antichissima e celeberrima

C.R. Università di Pavia, salutiamo coloro che ci leggeranno. Degna di lode è soprattutto la disposizione dei nostri predecessori che, coloro che si siano dedicati a studi ed arti rispettabili, prima che si rivolgano all'esercizio ed all'applicazione nella vita comune, prima di tutto affrontino una prova ed ottengano in modo legale l'attestazione obbligatoria della loro preparazione; pertanto il signor LUIGI MARCO GIORGI pavese, uomo eccellente e preparatissimo, avendo offerto diligente e assidua cura per la medicina ed essendo ormai pronto ad offrire prova della sua competenza ed avendo chiesto a NOI di fornirgli il titolo accademico che si addicesse alla sua preparazione, non ci siamo potuti opporre alla sua richiesta. Pertanto lo abbiamo esaminato in base alla preparazione di tutta la scienza medica, poi nell'ospedale generale tre malati sono stati affidati alle sue cure, ha dovuto diagnosticare le loro malattie, prescrivere una cura ed

una dieta idonea; le storie delle malattie da lui ricavate sono state sottoposte al nostro giudizio di valutazione ed avendo dimostrato in tutte queste prove, una grande preparazione e conoscenza pratica della medicina, volentieri gli abbiamo conferito il titolo che è dovuto al valore ed agli studi onorevoli. Per la qual cosa, in virtù del potere a NOI concesso dall'AUGUSTISSIMO IMPERATORE E RE NOSTRO FERDINANDO I, il 23 Febbraio 1838, abbiamo proclamato e dichiarato lo stesso signore LUIGI MARCO GIORGI DOTTORE IN MEDICINA ed abbiamo dato a lui la possibilità di esercitare la pratica medica, a lui abbiamo assegnato anche tutti i privilegi e le prerogative che a questo titolo sono stati concessi in questa ALMA UNIVERSITA' dalla liberalità dei nostri predecessori. Nel rispetto di tutti costoro gli abbiamo assegnato questo pubblico diploma fornito dal Sigillo Maggiore dell'Università nonché sottoscritto da noi.



Kit chirurgico in uso a bordo di una nave, 1836

Pavia, R. anno mese e giorno predetti.
Il Rettore Giuseppe Zuradelli
Il Direttore Carlo Cairoli
Il Decano Francesco Casorati
Il relatore Professor Rigoni
Il Cancelliere Cesare D. Ripari.

Medici e dentisti: ordine unico oppure ordini separati?

Dott. Antonio Montanari

Per ANDI nessun dubbio: insieme!

Piena autonomia della professione odontoiatrica, ma **all'interno della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**.

Fin dal febbraio scorso, il Consiglio Nazionale ANDI si è pronunciato in tal senso in maniera inequivocabile: 178 voti a favore, 15 contrari, 12 astenuti.

La necessità di un pronunciamento si era resa necessaria dopo l'approvazione del Ddl Salute da parte del Consiglio dei Ministri, che conteneva anche la legge delega che affida al Governo il compito di riformare gli attuali Ordini in ambito sanitario.

Proprio per evitare che le decisioni sul futuro della professione fossero prese esclusivamente dai politici, il Presidente e l'Esecutivo Nazionale ANDI hanno voluto affrontare la delicata questione dando voce alla base.

“Riteniamo fondamentale che le future decisioni su un eventuale Ordine autonomo degli Odontoiatri siano prese seguendo la volontà degli iscritti e non secondo logiche verticistiche” aveva dichiarato Gianfranco Prada, Presidente Nazionale ANDI.

Il parere dei dentisti, dunque, è stato sondato mediante una serie di quesiti inviati attraverso il web agli iscritti ANDI; ad essi è stato chiesto, tramite posta elettronica, di rispondere ad un sondaggio.

Le risposte giunte al primo febbraio scorso sono state 4.187 e sono state elaborate dal

Centro Studi ANDI secondo metodi statistici, per renderle rappresentative sia dal punto di vista territoriale che dell'età.

In definitiva, a ritenere necessaria l'autonomia dell'Albo sono stati 2.306 dentisti (55%), contrario il 37% (1.563), non si sono espressi in 318. Ad essere più autonomisti sono soprattutto gli over 70 (77%), mentre i più dubbiosi sono soprattutto i giovani, visto che i sì (48%) superano di poco i no (40%).

Un'autonomia, però (e questo è un dato particolarmente interessante e rilevante), **che deve compiersi all'interno dell'attuale FNOMCeO: 3.270 (76%) coloro che si sono espressi per rimanere con i medici**.

Questi dati, così come la decisione del Consiglio Nazionale ANDI, sono stati non solo comunicati al Ministero della Salute ed alla Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, ma sono stati anche presentati in tutta Italia, nei vari incontri che l'Esecutivo Nazionale ANDI ha tenuto in questi mesi.

In Umbria, ad esempio, nel recente 5° Congresso Regionale, tenutosi a Terni, il Presidente Prada, ha voluto rimarcare non soltanto la netta posizione dell'Associazione, ma soprattutto gli eccellenti rapporti, all'interno degli Ordini umbri, fra la componente medica e quella odontoiatrica.

Come dire: qui l'autonomia ed il reciproco rispetto ci sono già!

Come spesso accade...Umbria docet.

Lotta all'abusivismo: un passo avanti importante

Approvato alla Camera l'emendamento ANDI

La Segreteria di Presidenza.

La Commissione Affari Sociali della Camera nella seduta di giovedì 21 luglio ha approvato l'emendamento che prevede la confisca dei beni utilizzati dagli abusivi, come richiesto da ANDI (vedi newsletter Presidenza del 23 giugno u.s), inserendo un nuovo articolo nel D.D.L. "Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria".

"Siamo molto soddisfatti – commenta il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada – perché siamo finalmente riusciti ad ottenere una risposta concreta dal mondo politico verso il contrasto del reato di abusivismo professionale in campo sanitario".

ANDI, da sempre, sostiene la battaglia per la tutela della salute dei pazienti e di tutti i dentisti che lavorano nel rispetto delle regole, tale battaglia nell'ultimo periodo si è concretizzata grazie agli auspici del Ministro della Giustizia Angelino Alfano, al sostegno verso le nostre istanze del Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio (costantemente sensibilizzato dal Presidente Nazionale e dal Referente per l'odontoiatria presso il Ministero Prof. Enrico Gherlone, che ringraziamo per l'impegno) e dei componenti la Commissione Affari Sociali della Camera che hanno presentato e sostenuto il nostro emendamento (un particolare ringraziamento va al Presidente On.le Palumbo, alla Relatrice On.le De Nichilo Rizzoli, al Vice Presidente On. Ciccio e all'On.le Barani).

L'articolo aggiuntivo approvato al DDL approvato in Commissione, frutto della sintesi degli

emendamenti proposti, che modificherà il codice penale è il seguente:

Art. 6 bis

1. Dopo l'articolo 348 del codice penale, è aggiunto il seguente:

Art. 348-bis. Nel caso di esercizio abusivo di una professione sanitaria, nei confronti del condannato è obbligatoria la confisca delle cose e degli strumenti che servirono o furono destinati a commettere il reato.

Questo nuovo articolo va ad aggiungersi a quelli di interesse odontoiatrico, già contenuti nella formulazione originale del D.D.L., che prevedono l'autonomia ordinistica degli Odontoiatri e la possibilità per i Laureati in odontoiatria e protesi dentaria di partecipare ai concorsi per Dirigente odontoiatra del S.S.N. senza un ulteriore diploma di specialità.

"La strada per l'approvazione finale è ancora lunga, ma certamente questi risultati sono il frutto – chiarisce il Presidente Nazionale ANDI – del costante impegno dell'Associazione che ha permesso di creare, con anni di duro lavoro, una credibilità politica e una nuova immagine dell'odontoiatria, ma anche dell'attività comune di tutto il comparto che, se si presenta compatto, ottiene finalmente le giuste e meritate risposte politiche a rivendicazioni storiche".



L'utilizzo di gel piastrinico concentrato per il trattamento della Rizoartrosi.

Autori: Michele Berloco*, Luciano Ferrini**, Maria Antonella Esposito***, Carlo Farneti*.

Ente: *U.O. Ortopedia e Traumatologia, Foligno; Direttore: C. Farneti. ** Presidente Società Ortopedia e Traumatologia dell'Italia Centrale.*** Servizio Immunotrasfusionale, Foligno; Direttore: M.A.Esposito.

Il potenziale valore terapeutico delle Piastrine e la versatilità dei loro prodotti hanno recentemente stimolato la ricerca e l'interesse nel campo della medicina rigenerativa.

Le Piastrine rilasciano in circolo i seguenti fattori di crescita: basic Fibroblast Growth Factor (bFGF), Platelet-derived Growth Factor AB (PDGF-AB), Insulin like Growth Factor (IGF-1), Vascular Endothelial Growth Factor (VEFG) che stimolano la proliferazione di fibroblasti, cheratinociti, melanociti, cellule dell'endotelio, periciti, miociti, condrociti, osteoclasti, cellule mesenchimali, elementi che sono alla base della rigenerazione tissutale, inoltre grazie all'azione di citochine e chemochine, metalloproteasi della matrice (MMPs), inibitori delle metalloproteasi (TIMPs) e la serotonina mediano i processi infiammatori cellulari.

Attualmente, l'utilizzo del gel piastrinico o Plasma Ricco di Piastrine (PRP) ha trovato ampio impiego in chirurgia Ortopedica, Odontostomatologica e Plastica grazie alla spiccata capacità rigenerativa ed antiinfiammatoria delle componenti piastriniche. Il gruppo di ricerca della Struttura Complessa di Ortopedia, in collaborazione con il servizio Immunotrasfusionale

dell'Azienda Ospedaliera di Foligno, utilizza in gel piastrinico concentrato anche per i processi degenerativi della mano, nello specifico per l'artrosi dell'articolazione trapezio metacarpica (T.M.).

Sono stati esaminati e trattati 9 pazienti (Nov.2009-Gennaio.2011) con infiltrazione peri-intrarticolare della TM di P.R.P., i criteri di esclusione sono stati: malattie cardiovascolari, infezioni, immunodepressione/chemioterapia, trattamento con F.A.N.S nei 7 giorni prima della donazione di sangue.

La procedura di preparazione del PRP con-

siste in un campione di 100ml di sangue venoso autologo (raccolto in un sacchetto contenente 21ml di citrato di sodio) prelevato per ogni singolo paziente e sottoposto a centrifugazione (800giri/min.x15'). Dopo la centrifugazione, previo estrattore, il plasma povero di

piastrine è stato eliminato, mentre il PRP è stato raccolto fino all'interfaccia con gli eritrociti a loro volta eliminati. L'unità di PRP ottenuta è stata divisa in 4 sotto-unità di 2ml cadauna. Le procedure sono state eseguite sotto cappa sterile in circuito chiuso, una unità è stata inviata al laboratorio per l'analisi della concentrazione delle piastrine e per le prove di qualità, le altre 3 unità sono state conservate a -30°, secondo la





normativa vigente.

Le 3 iniezioni di gel piastrinico sono state eseguite a distanza di 7 giorni l'una dall'altra, effettuate sotto controllo rx scopico con trazione lieve del pollice (0,5kg-1kg) e dopo aver infiltrato localmente i tessuti cutanei con ponfo di Mepivacaina 0,2%.

I pazienti sono stati valutati una settimana prima del trattamento e dopo 30 giorni dall'iniezione di Plasma ricco di piastrine, utilizzando il questionario D.A.S.H., il Kapandji test, la Scala di Valutazione Verbale (V.R.S) del dolore alla digitopressione a livello della TM, il grado di soddisfazione del paziente.

I pazienti trattati non hanno riportato eventi avversi correlati alle iniezioni, nè durante né alla fine del trattamento.

Due pazienti hanno riportato dolore nei due giorni successivi al trattamento.

Il test di Kapandji post trattamento è stato sovrapponibile a quello testato prima delle iniezioni, presentando tuttavia ridotto dolore nella esecuzione degli ultimi gradi.

Il Dash score è risultato notevolmente ridotto, così come il dolore alla digitopressione. Il grado di soddisfazione dei pazienti è stato elevato.

Attualmente l'utilizzo di gel piastrinico ha avuto vasta eco nella pratica clinica, le diverse applicazioni in campo ortopedico riguardano la capacità antinfiammatoria e

rigenerativa del gel piastrinico.

L'utilizzo di tale metodica per il trattamento della Rizoartrosi è poco utilizzata per il non semplice accesso articolare, infiltrazione non eseguibile in assenza di controllo radiografico.

Analizzando i dati, riteniamo che l'iniezione di gel piastrinico nell'artrosi trapezio metacarpale, è utilizzabile come trattamento sintomatico della patologia, strumento utile per quei pazienti che non possono o non vogliono eseguire infiltrazioni di Corticosteroidi o intervento chirurgico.



Bibliografia:

Bochicchio G, Dunne J, Bochicchio K, Scalea T." *The combination of platelet-enriched autologous plasma with bovine collagen and thrombin decreases the need for multiple blood transfusions in trauma patients with retroperitoneal bleeding*". J Trauma. 2004 Jan;56(1):76-9.

Sampson S, Gerhardt M, Mandelbaum B. "Platelet rich plasma injection grafts for musculoskeletal injuries: a review." Curr Rev Musculoskelet Med. 2008 Dec;1(3-4):165-74.

Paoloni J, De Vos RJ, Hamilton B, Murrell GA, Orchard J. *Platelet-rich plasma treatment for ligament and tendon injuries*. Clin J Sport Med. 2011 Jan;21(1):37-45.

Tre pillole dall'epidemiologo

Dott. Marco Petrella

In questa fase di cambiamenti, sia quelli annunciati che non s'avverano mai, sia quelli inarrestabili e continui connessi al progredire della crisi economica, anche l'epidemiologia deve darsi da fare per adattarsi.

Nelle tre pillole che oggi vorrei proporre ai medici della provincia di Perugia (e che chi sa quanto appariranno superate al momento della pubblicazione) affronto tre temi:

- la qualità dell'epidemiologia
- l'efficacia delle cure primarie
- il numero delle usl.

Quale epidemiologia per il sistema sanitario regionale.

All'interno di un processo di accreditamento volontario, portato avanti da anni dal Dipartimento di Prevenzione in cui è inserita la nostra UO Epidemiologia, abbiamo deciso di assumere un ruolo diverso dal solito: invece che solo supporto metodologico e strumento per la valutazione, anche "oggetto" di una valutazione in termini qualità.

Il nostro documento principale, "UOSD Epidemiologia Politiche per la qualità" è stato pubblicato sul sito della Azienda USL

2 dell'Umbria, all'indirizzo <http://www.ausl2.umbria.it/Mediacenter/FE/media/epidemiologia.html>.

Esso vuole essere parte integrante di un processo di miglioramento della qualità che si basa molto sull'apertura dell'epidemiologia al confronto con le altre componenti del sistema sanitario e con gli utenti, di cui si pone al servizio. Infatti la criticità principale da cui muove tale processo è proprio quella di un rischio di isolamento, sempre meno aureo, nel quale l'epidemiologia sembra migliorare continuamente le proprie potenzialità per la produzione di

risultati, i quali restano, però, poco attesi, poco compresi e poco utilizzati, in particolare da coloro che pagano, direttamente o indirettamente, i nostri stipendi.

Un'occhiata al nostro documento e dei commenti da parte dei colleghi ci farebbero piacere.

bero piacere.

Il territorio può documentare la sua efficacia?

Come quello che cerca la chiave sotto il lampione, non perché l'abbia persa là, ma perché la c'è la luce, chi lavora sui dati ama i temi in cui gli indicatori sono chiari e le informazioni numerose e disponibili.



Nel territorio è raro che l'efficacia possa essere misurata in termini classicamente epidemiologici (minore incidenza o prevalenza di patologie e fattori di rischio) ed è già molto quando ci si può affidare alla misurazione della copertura con azioni di provata efficacia. I risultati sono spesso in termini di allungamento dei periodi di remissione, rallentamento della progressione, diminuzione dei sintomi, conservazione di livelli accettabili di qualità della vita, conforto psicologico.

Inoltre i sistemi informativi devono adattarsi a pratiche molto diverse tra loro, spesso sono carenti per completezza e qualità, a volte ancora assenti.

Ma è urgente che anche le cure primarie possano giustificare il proprio costo con risultati di salute e non solo con la mancata ospedalizzazione. Gli epidemiologi si stanno attrezzando, collegando tra loro gli archivi esistenti (SDO, Farmaceutica, Specialistica, Assistenza domiciliare) e si immaginano di poter prima o poi dialogare con gli archivi dei MMG. Una maggior comunicazione tra epidemiologi e operatori delle cure primarie è indispensabile.

Dodici è bello

Non mi riferisco agli Apostoli, non è materia mia, ma agli ambiti territoriali delle vecchie USL umbre. Certo avevano un senso epidemiologico, perché individuavano zone contraddistinte da aspetti geografici, economici, storici rilevanti dal punto di vista dei bisogni sanitari e della risposta dei servizi. Basta studiare le mappe della mortalità per alcune cause pubblicate dal Registro Tumori, o leggere i dati PASSI sulla

distribuzione di certi fattori di rischio, e si vede come ancora oggi le popolazioni che abitano in diversi punti dell'Umbria presentano differenze interessanti.

Non sostengo però ancora che piccolo è bello. Finanche nell'epidemiologia c'è bisogno di massa critica (più persone che lavorano assieme, che si specializzano, che hanno accesso ad archivi sufficientemente ampi ed integrati). Guardo quindi con fiducia e interesse alla ipotesi di accorpate le attuali 4 USL, ma non sono un esperto in architetture gestionali e istituzionali, quindi non mi esprimo oltre.

Se però i diversi territori di questa regione devono essere ascoltati, capiti, interpretati e raggiunti da risposte specifiche, credo che quei 12 ambiti, o qualcosa di simile, possano ancora essere d'aiuto.



È possibile alleviare lo stress di chi si prende cura del paziente affetto da demenza?

La sfida di un progetto di counseling e supporto per il caregiver finanziato dal bando Giovani Ricercatori del Ministero della Salute

Dott. ssa Serena Amici - Neurologo Asl 2

Lo scorso giugno la Commissione nazionale della ricerca sanitaria, presieduta dal Ministro della Salute professor Ferruccio Fazio, ha assegnato complessivamente 100 milioni di euro di finanziamenti ai progetti vincitori del Bando "Ricerca Finalizzata e Giovani ricercatori" del Ministero della Salute relativo all'anno 2009. I progetti finanziati sono stati 295 (174 clinico assistenziali e 121 biomedici) dei 2.755 presentati a maggio 2010.

Uno dei 128 giovani ricercatori finanziati è la Dottoressa Serena Amici, neurologo in servizio libero professionale presso la AUSL n. 2 di Perugia, che ha presentato un progetto intitolato "Improving dementia care using early counseling and support for caregivers (DEM-CAREGIVER)" (Valutazione di efficacia di interventi psicosociali nel caregiver del paziente affetto da demenza), promosso dalla Regione Umbria, Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali. Il progetto affronta il problema del farsi carico dei pazienti affetti da demenza; un problema di primaria importanza per l'Umbria, la regione con la popolazione più "anziana" in Italia. Si tratta dell'unico progetto umbro finanziato nella categoria Giovani Ricercatori (il progetto è identificato sul sito del Ministero <http://www.salute.gov.it/> mediante il codice GR-2009-1607340). L'altro progetto umbro finanziato, presentato anche questo attraverso la Regione Umbria, si intitola "Impact of modified intention to treat reporting on treatment effect in meta-analyses: a meta-epidemiological study"

(RF-2009-1549561) proposto ed elaborato dal Dottor Abraha Iosief, medico internista ed epidemiologo in servizio presso la stessa Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria, promotrice del progetto. In entrambi i casi si tratta di progetti che il Ministero definisce clinico-assistenziali, che hanno cioè un impatto positivo a breve termine sull'assistenza sanitaria umbra.

Novità rilevante del Bando 2009 è stato il coinvolgimento esplicito di revisori in forza al National Institute of Health (NIH, <http://www.nih.gov/>) nel processo di selezione delle proposte progettuali. L'analisi dei progetti ha infatti coinvolto circa 800 scienziati valutatori del centro di revisione scientifica del NIH (NIH-CSR, <http://cms.csr.nih.gov/>). Il NIH è l'agenzia governativa statunitense che si occupa di ricerca medica, e costituisce la maggiore fonte di finanziamenti per ricerca medica a livello planetario. Il centro di revisione NIH-CSR riceve e valuta ogni anno circa ottantamila proposte progettuali mediante un sistema di "peer review" collaudato in oltre sessant'anni di attività, divenuto uno standard internazionale.

Ogni progetto è stato valutato in modo anonimo da tre revisori del NIH-CSR assegnati alla proposta progettuale mediante parole chiave, e si è svolto mediante procedure informatiche che non prevedevano documenti cartacei. Le valutazioni del NIH sono state poi discusse da un panel di ricercatori italiani residenti da più di dieci anni all'estero, i quali hanno analizzato

i progetti sui quali i tre revisori NIH non avevano raggiunto l'accordo. Per la prima volta i finanziamenti sono stati assegnati direttamente ai ricercatori e non alle istituzioni sanitarie o di ricerca.

“Con i nuovi criteri adottati per la valutazione dei progetti di ricerca” – ha dichiarato il Ministro della salute Fazio – “abbiamo garantito trasparenza e imparzialità nell'assegnazione dei finanziamenti, valorizzazione dei ricercatori e promozione dei giovani: sui 100 milioni assegnati, ben 41 andranno infatti a 128 progetti presentati da giovani ricercatori, 12 milioni in più dei 29 previsti dalla legge. In Italia lavorano ottimi giovani ricercatori che vanno incentivati a restare nel nostro Paese. C'è ancora molto da lavorare, ma siamo sulla strada giusta”.

Il progetto di ricerca coordinato dalla Dottoressa Amici prevede la partecipazione delle quattro Aziende Sanitarie Locali della Regione, e riveste un'importanza strategica per il sistema di assistenza socio-sanitaria regionale. Infatti, in considerazione dell'elevato grado di invecchiamento della popolazione umbra, e della più generale dinamica demografica che caratterizza la nostra società, si prevede un esponenziale aumento dei costi sanitari e sociali legati alla gestione dei pazienti con demenza. L'Umbria è, insieme alla Liguria, la regione più “anziana” d'Italia: un quarto della popolazione umbra è composta da persone con più di 65 anni, e tra questi la metà ha più di 75 anni. Le proiezioni demografiche indicano che nei prossimi vent'anni la popolazione umbra continuerà ad invecchiare ed entro il 2050 raddoppieranno i casi di demenza, una malattia che interessa l'1-5% della popolazione sopra i 65 anni di età e il 25% degli ultraottuagenari. Questo incrementerà inevitabilmente le necessità socio-assistenziali, che faranno lievitare costi per l'assistenza di questi pazienti.

In Italia ed in Umbria, l'attività di assistenza ai pazienti afflitti da demenza viene molto spesso fornita da un membro della famiglia, un vicino o un amico chiamato anche “caregiver”. Il caregiver aiuta o supervisiona il paziente e nel 68% dei casi è donna in età lavorativa. L'attività del caregiver è associata ad un aumento dei problemi di salute, sociali e finanziari. Infatti il caregiver non solo soffre più frequentemente di ansia, depressione e stress ma ha anche un indice di mortalità più elevato rispetto alla popolazione della stessa fascia di età. La presenza di un familiare consente al paziente di essere gestito a casa, e questo non porta solamente un indubbio beneficio per la salute del paziente ma permette anche un notevole risparmio di risorse economiche che altrimenti verrebbero spese dal sistema sanitario per attività assistenziale a pagamento. Visto il cruciale ruolo del caregiver, le più recenti linee-guida internazionali sulla demenza consigliano di implementare interventi di supporto psicologico e counseling per i caregiver. L'idea del progetto è nata dal prendere atto e dal cercare una risposta alle difficoltà socio-assistenziali dei caregiver che afferiscono all'Ambulatorio “dedicato” per la gestione delle demenze del Distretto della Media Valle del Tevere della USL 2 (Consultorio Alzheimer Distributi Cognitivi – Unita' Valutativa Alzheimer) attivo dal 2008 (vedi articolo pubblicato sul Bollettino n.4 del 2009).

Il progetto DEM-CAREGIVER si propone di valutare, con rigorosa metodologia “evidence based”, l'efficacia degli interventi di supporto psicologico/counseling rispetto agli interventi più tradizionali di informazione sulla malattia rivolta ai familiari di pazienti affetti da demenza che vivono nella nostra regione. Parteciperanno come co-sperimentatori i responsabili degli ambulatori dedicati alle demenze della ASL

1, ASL 2, ASL 3 e ASL 4, rispettivamente, il Dr. Trequattrini, la Dr.ssa Antonini, la Dr.ssa Maiotti ed il Dr. Marchino. Inoltre la supervisione scientifica sarà garantita dal Prof. Chattat, medico e psicologo dell'Università di Bologna, Prof. Federici, psicologo dell'Università di Perugia, la Prof.ssa Giannoni, economista dell'Università di Perugia e Dr. Vanacore, neurologo ed epidemiologo dell'Istituto Superiore di Sanità'.

Le ipotesi da verificare sono le seguenti:

a) riduzione del livello di istituzionalizzazione del paziente il cui *caregiver* è stato

trattato nel gruppo counseling/supporto;
b) riduzione dello stress del *caregiver* nel gruppo counseling/supporto;

Verranno inclusi pazienti con demenza, degenerativa o vascolare, con età uguale o superiore a 18 anni, con il rispettivo *caregiver* che supervisiona o aiuta il paziente per almeno 4 ore al giorno da almeno 6 mesi. La coppia *caregiver*-paziente verrà seguita per almeno 2 anni con visite di controllo.

Verrà infine svolta un'analisi economica della sostenibilità finanziaria dell'intervento.



I Fogliardi nella vita culturale e patriottica dell'Ottocento

Note storiche sulla famiglia e sul palazzo Fogliardi di Fabriano. Polo Latini

Dott. Tiziano Scarponi

Molti colleghi vivono la propria pensione e messa in riposo come un periodo di tristezza se non di depressione. La perdita di un ruolo solitamente di prestigio e di riferimento, il cambiamento di ritmo della vita con tutti gli aggiustamenti esistenziali che ne derivano, determinano in tanti un trauma che porta ad un'apatia che inaridisce la propria creatività.

Non è certo però il caso del Nostro professor Latini. Da quando, infatti, ha cessato l'attività clinica e di docente si è, mi si passi il termine, buttato in maniera molto fruttuosa su quella di storico e scrittore.

Lo abbiamo visto all'opera, insieme al dottor Emilio Gentile, nella stesura di: "La Radiologia in Umbria. Note storiche sull'origine e l'evoluzione delle Scienze Radiologiche" in cui è stata ripercorsa tutta la storia della radiologia umbra. In questo lavoro, invece, lo vediamo alle prese con la ricostruzione della storia della propria famiglia. E' stata sua madre, Romualda Fogliardi Latini che da sempre lo ha

sollecitato a ricercare notizie storiche in merito ai propri avi che tanto ruolo ebbero nello scenario della vita della città marchigiana di Fabriano nel periodo del risorgimento. Quale occasione migliore

pertanto, nell'anno in cui viene celebrato il 150° dell'unità d'Italia, pubblicare questo libro che illustrando la storia della famiglia Fogliardi fotografa di fatto il panorama marchigiano durante il periodo in cui si sono verificate le lotte per la costituzione dello stato unitario.

Si inizia con Raffaele Fogliardi pittore e decoratore di palazzi, chiese e teatri sparsi per le Marche e l'Umbria, noto anche per le sue idee politiche carbonare a causa delle quali nel

1830 fu costretto, per qualche tempo, a emigrare in Sardegna per evitare provvedimenti polizieschi da parte degli agenti dello Stato Pontificio. Si prosegue con Domenico Fogliardi, professore di Umanità e Retorica per trentadue anni presso il liceo - ginnasio di Fabriano, al quale come riconoscimento per le sue



doti e per il suo generoso lavoro è stata intitolata una via della città.

E' poi la volta di Annibale, fratello di Domenico, valente musicista e compositore perseguitato per le sue idee politiche repubblicane a tal punto da essere destituito dall'incarico di maestro di musica di San Genesio. Ben tre capitoli sono interessati dal cosiddetto Palazzo Fogliardi sulla cui storia si inseriscono le biografie di inquilini illustri e dei discendenti di Domenico sino al nostro Paolo Latini che nel 1954 al seguito del proprio padre si trasferì a Perugia "... che divenne la nostra città adottiva. Ma Fabriano è rimasta, non solo nei nostri

ricordi, nel nostro affetto e nel nostro modo di esprimersi con il consueto timbro fabrianese, ma mantiene tuttora costante il nostro punto di riferimento".

Di agevole e piacevole lettura, pregevole dal punto di vista iconografico che mette in risalto le opere pittoriche e i decori del capostipite, le foto dei documenti e delle persone. Anche questa volta il Nostro Professore riesce a tracciare e delineare una storia con ricchezza di dati e testimonianze riuscendo ad essere imparziale e per quanto più possibile obiettivo e, trattandosi della propria storia, delle proprie radici, non è cosa di poco conto.



Teatro Feronia, S. Severino Marche

Diagnosi precoce del deterioramento cognitivo in una prospettiva di potenziamento della “cura centrata sulla persona”: approccio integrato tra medicina generale, neurologia clinica ed antropologia medica.

Seconda parte

L'iter per una diagnosi precoce del deterioramento cognitivo: una prospettiva etnografica. Relazione finale

Premessa

Nell'ambito del progetto, che ha avuto come obiettivo generale quello di favorire le condizioni per una diagnosi precoce del deterioramento cognitivo in un approccio integrato tra medicina generale, neurologia clinica e antropologia medica¹, il lavoro descritto in questa relazione, come parte di una più ampia ricerca antropologica coordinata dal Prof. Giovanni Pizza, si è rivolto alla realizzazione di un'inchiesta etnografica sui medici di medicina generale coinvolti nel progetto. Nello specifico, la ricerca ha avuto una funzione di monitoraggio del lavoro svolto da cinque medici che, secondo le linee guida stabilite dal progetto, hanno scelto di somministrare il questionario Bicq² ai propri pazienti. In un periodo compreso tra i mesi di aprile 2010 e gennaio 2011, pertanto, sono stati monitorati diversi studi e ambulatori medici distribuiti nella Provincia di Perugia, nella misura di minimo tre incontri stabiliti³ con ogni medico coinvolto nel progetto. Nell'insieme delle prassi proprie della ricerca sul campo, durante la prima fase dell'etnografia, parte principale del lavoro è stata, sostanzialmente, la raccolta dei dati e delle informazioni relative alla compilazione del questionario sommini-

strato ai pazienti. Tuttavia, sin dal primo incontro è apparso necessario un intervento di coordinamento per il lavoro dei medici di medicina generale, e di informazione sulle prassi tanto di somministrazione del questionario, quanto di comunicazione del risultato, soprattutto per quanto riguarda i casi che evidenziavano un rischio patologico - con un punteggio dal 9 (compreso) in giù - da indirizzare al centro “disturbi della memoria”. Se il primo giro di incontri ha avuto quasi esclusivamente una funzione di coordinamento e informazione, durante il secondo e terzo si è resa possibile la raccolta di dati sensibili, ovvero numero di Bicq somministrati e, in maniera correlata, numero di casi a rischio patologico inviati al centro specializzato. Nel corso degli incontri, inoltre, sono state registrate delle interviste semi-strutturate con i medici, che hanno avuto come oggetto di un confronto aperto, soprattutto tre argomenti: la diagnosi precoce del deterioramento cognitivo, le prassi di somministrazione del Bicq, il rapporto medico-paziente in relazione ai casi in cui il Bicq abbia un risultato positivo (con un voto da 9 compreso in giù). Questa intersezione tra dato quantitativo nella misura dei questionari compilati e raccolti, e dato qualitativo fornito dalle interviste, dal confronto con i medici e dall'osservazione degli ambulatori, ha favorito un monitoraggio efficace per quanto riguarda l'attività dei medici di medicina generale permettendo, sulla base dei problemi e delle difficoltà di volta in volta palesate dai medici stessi, interventi di consulenza mirati sulle prassi di somministrazione dei questionari.

Volendo fornire un riferimento quantitativo, dai dati raccolti è emerso che su 155 questionari somministrati e compilati, 16 hanno raggiunto un punteggio dal 9 compreso in giù e quindi, considerati positivi, sono stati indirizzati al centro “disturbi della memoria”. Un dato che, se confrontato con il conteggio fatto nel mese di Luglio 2010 - 62 questionari somministrati con 8 casi con un punteggio dal 9 in giù - ha mostrato un

1 Il titolo completo del progetto è: Diagnosi precoce del deterioramento cognitivo in una prospettiva di potenziamento della “cura centrata sulla persona”: approccio integrato tra medicina generale, neurologia clinica ed antropologia medica.

2 Il Bicq è un questionario composto da dodici domande per il quale è stabilito un punto per ogni domanda alla quale si risponde correttamente. Con un punteggio dal 9 in giù il questionario è considerato positivo.

3 In alcuni casi gli incontri sono stati più di tre. I nuovi incontri sono stati organizzati in base a problematiche diverse come ritardi nella consegna dei materiali o necessità di ulteriori informazioni sul progetto.

certo equilibrio nei mesi monitorati.

Parallelamente a questa attività di raccolta dati e nello specifico di Bicq, come detto, la ricerca è andata anche soffermandosi sulle prassi e sui contesti propri della somministrazione dei questionari. A tale proposito è da rilevare che alcuni medici, in un primo momento, sono stati restii a consegnare i questionari compilati o a fornire informazioni dettagliate sui casi, motivando questa scelta come una tutela della privacy dei propri pazienti. In aggiunta tutti i medici hanno più volte sottolineato i problemi cui andavano incontro nella somministrazione dei questionari, che possono essere essenzialmente riducibili al tempo necessario per la somministrazione, alla chiarezza del questionario per i pazienti e, infine, al rapporto medico-paziente nell'esplicazione degli obiettivi del Bicq. In un tale contesto, il ruolo di monitoraggio e di mediatore tra medici di medicina generale e neurologi svolto dall'antropologo, non soltanto ha permesso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal progetto, ma è divenuto un vero e proprio strumento conoscitivo per un'analisi dell'iter diagnostico.

Ambulatori, medici, BICQ

Per comprendere appieno le prassi di somministrazione dei questionari Bicq, è importante fornire alcune informazioni sui contesti che sostengono i rapporti medico-paziente, e a tale proposito può essere utile descrivere concretamente gli spazi, e alcune delle relazioni proprie degli ambulatori dove operano i medici di medicina generale. Gli ambulatori oggetto della ricerca possono essere distinti in due tipologie - sia quelli localizzati nei grossi centri urbani sia in periferia o nei piccoli comuni. Vi sono gli ambulatori singoli, dove opera un unico medico e i poliambulatori, ovvero luoghi dove più medici consociati, spesso coordinati da un'unica segreteria, hanno i propri ambulatori⁴. Durante la ricerca, questa seconda tipologia è apparsa la più diffusa. Volendo semplificare attraverso una descrizione generale, gli ambulatori singoli hanno una struttura e una organizzazione molto semplice e chiara; ingresso, sala d'attesa e ambulatorio. Il medico lavora spesso su appuntamento o mantenendo un

⁴ Il sistema dei poliambulatori sta divenendo gradualmente sempre più frequente nel lavoro dei medici di medicina generale. Il motivo di questa tendenza può essere identificato tanto nelle facilitazioni organizzative e di segreteria, quanto nell'abbattimento dei costi di gestione.

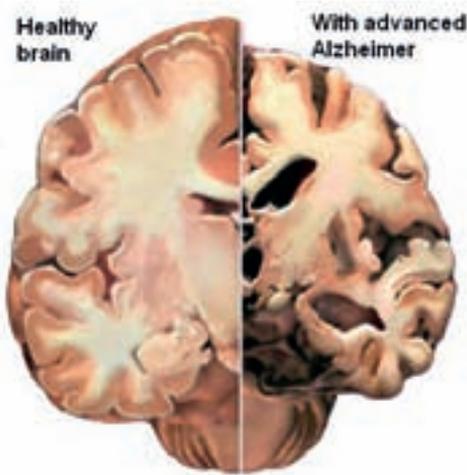
ordine basato su "chi arriva prima" e, salvo casi particolari in cui si presenti una segreteria, è lui stesso a organizzare il proprio lavoro. I poliambulatori osservati, invece, hanno presentato delle strutture - di organizzazione degli spazi e di gestione dei pazienti - molto simile tra loro. Per quanto riguarda l'organizzazione degli spazi, ciò che si può immediatamente osservare entrando in un poliambulatorio, è l'ingresso con una sala d'attesa attigua, e una segreteria comune che organizza e gestisce gli appuntamenti per tutti i medici. Da questo spazio condiviso, possono partire uno o più corridoi, dove si trovano - con ingressi indipendenti - gli ambulatori dei medici consociati. Di mattina (dalle ore 9.00 alle 13.00 circa) la sala d'attesa è frequentata da molte persone e il lavoro della segreteria (massimo due persone per ambulatorio) è intenso. Nel pomeriggio, invece (dalle ore 15.30 alle 20.00 circa), la sala è meno affollata e il lavoro più tranquillo. Sempre mantenendo una distinzione tra la mattina e il pomeriggio è da rilevare che, durante il giorno, la maggior parte dei pazienti sono persone con un'età genericamente identificabile a partire dai 60\65 anni - target di età che è apparso complessivamente il più diffuso tra i pazienti, sia per quanto ho avuto modo di osservare, sia al dire dei medici. Un dato questo che, già in una prospettiva intuitiva, e come più volte sostenuto da tutti i medici incontrati, fa della diagnosi precoce per il deterioramento cognitivo, uno strumento necessario tanto dal versante strettamente legato ai percorsi diagnostici e terapeutici, quanto a quello organizzativo legato alla gestione dei pazienti poiché, come riferito da un medico in una intervista: "con l'aumento della speranza di vita e quindi con l'invecchiamento della popolazione, se non troviamo uno strumento per intervenire, rischiamo di perdere il controllo".

È comunque lo spazio condiviso - sala d'attesa e segreteria - ad attrarre, sin da subito, lo sguardo etnografico. Benché un tabellone luminoso segni il numero che identifica il turno del paziente, è possibile che, innanzi alla postazione di segreteria, si generino delle piccole file. La maggior parte dei pazienti, invece, una volta preso il numero dallo specifico macchinario (già noto e diffuso anche in supermercati ed in molti uffici pubblici), resta seduto ad attendere il proprio turno. In un tale contesto, se è vero che i medici di medicina generale sono anche definiti come "medici di famiglia" in virtù, appunto, di una

maggiore “familiarità” con i pazienti (e perché tendono ad essere i medici di un’intera famiglia), la sala d’attesa di un poliambulatorio rende problematica questa definizione, presentandosi, per verso opposto, come uno spazio estraniante, una miniatura degli iter di prenotazione e attesa per le visite e gli esami nei grandi ospedali. La sala d’attesa, dunque, e l’interazione con la segreteria, risultano i primi passaggi del rapporto medico\paziente, perlomeno per quanto riguarda i poliambulatori dei medici di medicina generale.

In un tale quadro struttural\organizzativo, è la ricetta medica a essere una delle principali esigenze per i pazienti - ragione per le file innanzi alla segreteria - sia per la prescrizione di farmaci che per quella di ulteriori visite specialistiche. La ricetta può essere compilata durante le visite in ambulatorio, oppure, soprattutto per casi di pazienti conosciuti e che magari fanno uso costante di determinati farmaci, può essere prenotata telefonicamente o tramite internet, compilata dal medico e lasciata in segreteria, dove il paziente poi andrà a ritirarla. In alcuni casi la ricetta può anche essere compilata e ritirata negli intervalli tra una visita e l’altra, creando problemi al lavoro dei medici e producendo ritardi nei tempi previsti per gli appuntamenti, o scanditi dal numerino. A tale proposito, durante un’intervista con un medico, la conversazione è stata interrotta in due casi da persone che avevano urgente bisogno di ricette. Avevo lungamente atteso in sala che terminassero le visite programmate per la mattinata, per poter così ritirare i questionari e condurre l’intervista, ma pochi minuti dopo il mio ingresso nell’ambulatorio, un paziente che si trovava in sala d’attesa telefonò al cellulare del medico chiedendogli delle ricette da compilare urgentemente. Il medico scusandosi, interruppe la nostra conversazione e disse al paziente di entrare. Le persone che attendevano in realtà erano due e le ricette richieste si riferirono a famigliari che non erano presenti. Il medico stampò dal suo pc e firmò cedendo rapidamente i nuovi arrivati.

È chiaro come un simile contesto, soprattutto per quanto riguarda i poliambulatori, vada ad influenzare il rapporto medico\paziente e nello specifico paziente che deve compilare il questionario Bicq. Da questa prospettiva, se da un lato tutti i medici indistintamente hanno confermato l’utilità e, in taluni casi, la necessità di uno strumento come il Bicq - strumento che a loro dire era stato valutato molto positivamente anche dai famigliari delle persone a rischio Alzheimer -, dall’altro essi hanno più volte lamentato la difficoltà a somministrare gli stessi. In un’epoca in cui, come riferito da un medico, i medici di medicina generale sono divenuti dei “burocrati” o dei “ricettaroli” (espressione che con sarcasmo indicava la grande quantità di ricette mediche prodotte in una giornata lavorativa) la somministrazione del Bicq poteva arrecare dei problemi. È probabilmente in questo rapporto contraddittorio tra l’utilità (e necessità) di uno strumento, e la difficoltà ad utilizzare lo stesso, che va ad inserirsi un’analisi della somministrazione del questionario. Ma concretamente quali sono questi problemi?



Problemi.

Al fine di una migliore comprensione ed analisi del dato quantitativo e per una maggiore chiarezza descrittiva dell’attività di monitoraggio, è importante chiarire alcuni dei problemi relativi all’utilizzazione dello strumento Bicq, e pertanto alla prassi di somministrazione del questionario ai pazienti, che più volte, anche se secondo modalità e posizioni diversificate, sono state manifestate da tutti i medici. Volendo generalizzare è possibile individuare tre linee problematiche, proposte dai medici che, in più di una occasione, sono state descritte come intersecate tra di loro e che possono anche essere dedotte dalla descrizione degli spazi e delle prassi proprie del rapporto medico\paziente appena conclusa. Utilizzando delle parole - o categorie - chiave, utili all’identificazione di problematiche più ampie e articolate, possiamo definire i tre problemi come

relativi al **Tempo**, al **rapporto medico\paziente**, alla **chiarezza del questionario**.

- a) **Tempo:** tutti i medici hanno indistintamente lamentato la carenza di tempo disponibile per la somministrazione dei questionari, sostenendo che, soprattutto durante il cambio di stagione e quindi in relazione ad una percentuale maggiore dei cosiddetti “malanni di stagione”, i pazienti in attesa per le visite (o più spesso per le ricette) diventino talmente tanti, da non concedere loro la possibilità di somministrare il Bicq. Nondimeno, sempre tutti hanno sostenuto che oramai il lavoro del medico di base “è diventato il lavoro di un burocrate” che non lascia più spazio agli aspetti più importanti di tale professione. Il “Tempo” dunque non è solo quello che “manca” ma – a quanto detto dagli interpellati – soprattutto quello “che ci vorrebbe” per somministrare il questionario “per bene”, ovvero con un cappello introduttivo che possa spiegare al paziente di cosa si tratta e a che cosa serve il Bicq; principalmente nel rispetto di quello che alcuni di loro hanno definito come il “rapporto medico\paziente”.
- b) **Rapporto medico\paziente:** decisamente legata alla questione del “Tempo” è quella del rapporto “medico\paziente”, ovvero la tipologia di relazione che si viene a instaurare con pazienti seguiti da molti anni – con i quali vi è anche un rapporto che in taluni casi è stato definito come “personale” - nel momento in cui si propone la somministrazione del Bicq. Se da un lato, come già detto, il problema è dovuto alla mancanza di un tempo necessario a chiarire le ragioni di specifiche domande, dall’altro è stato manifestato in più occasioni un certo imbarazzo nel porre le stesse domande a persone che, a prescindere da eventuali rischi patologici, conducono una vita quotidiana “normale”, ovvero - volendo riproporre gli stessi esempi fatti – accompagnano i nipoti a scuola, fanno la spesa, vanno in bicicletta etc. Un imbarazzo che tende ad intensificarsi nel momento in cui alla proposta del Bicq, taluni pazienti hanno risposto con manifestazioni di irrigidimento o, ancora più rilevante, con quella che mi è stata definita come “ansia”. Tuttavia è importante stabilire una distinzione all’interno del rapporto medico\paziente per quanto riguarda i medi-

ci operanti nella Città di Perugia e chi invece opera nei paesi della Provincia. Questi ultimi, infatti, hanno manifestato preoccupazione nell’indirizzare il paziente “dal paese alla Città” richiedendo la possibilità di un maggiore feedback per quanto riguarda il percorso che il paziente segue nel momento in cui viene affidato al centro; volendo operare una forzatura terminologica, è stata richiesta una sorta di “tracciabilità” del paziente. L’espressione più utilizzata dai medici è stata, pertanto: maggiore chiarezza nella somministrazione del questionario.

- c) **Chiarezza del questionario:** un dato rilevante è dato certamente da una questione sollevata più volte, da tutti i medici, riguardo ad alcune domande presenti nel questionario, le quali sono state considerate poco chiare. Nello specifico il riferimento è alla domanda *Quanto costa un Kg di pane?* (in maniera correlata il riconoscimento dei marchi di pasta) e *Riesce a riconoscere le persone presenti in questa stanza?*. Per quanto riguarda la prima, il problema manifestato è duplice: da un lato si sostiene che, soprattutto per gli uomini, sia difficile avere questo tipo di informazioni poiché “sono le donne che vanno a fare la spesa!”. Da un altro punto di vista mi è stato detto che molti pazienti hanno risposto che non comprano un Kg di pane, ma una o mezza filletta. Nonostante queste problematiche possano apparire di poco conto, è rilevante che si siano presentate per tutti i medici. Per quanto riguarda la seconda domanda citata, è stato sostenuto da tre medici, che spesso i pazienti si presentano da soli e quindi risulta difficile porre questa domanda. Tuttavia, soprattutto durante il secondo giro mi è stato detto che, tendenzialmente i problemi relativi alle due questioni sono stati gradualmente superati attraverso una maggiore flessibilità nell’esplicazione dei concetti.

L’insieme delle problematiche poste dai medici, le difficoltà che accompagnano la somministrazione del Bicq, nell’insieme delle peculiarità proprie dei contesti che definiscono l’ambulatorio, sembrano fuoriuscire da questo spazio circoscritto e da queste relazioni decodificate nel rapporto medico paziente, aprendo ad un campo di relazioni molto più ampio e attraversato da variabili di tipo sociale, economico, culturale molto articolate tra

loro. Soprattutto la questione del “tempo che ci vuole” ovvero “quello che ci vorrebbe”, diviene una concreta metafora che coinvolge molti degli aspetti del lavoro del medico di medicina generale all’interno di un campo biomedico, che vede sempre di più l’avanzamento di approcci specializzati da un lato e contraddittoriamente dell’autocura (dei farmaci da banco) dall’altro. In questo campo viene a trovarsi anche il malato di Alzheimer, o chi potrebbe esserlo. Per provare a chiarire questi aspetti molto complessi legati alla somministrazione del questionario può essere utile proporre alcuni frammenti di tre interviste condotte con altrettanti medici di medicina generale.

Bicq o non Bicq.

Dai frammenti di interviste proposti emergono le problematiche e le difficoltà esplicitate dai medici di medicina generale in merito alla somministrazione del questionario. Problemi che si riferiscono al Bicq – perché è stato questo lo specifico tema di discussione – ma che, in un certo senso, potrebbero essere collegate alle stessa professione del medico di medicina generale nella nostra contemporaneità. Il

Tempo soprattutto diviene metafora di un processo di trasformazione che sta investendo la professione e la professionalità di questi medici. A prescindere, comunque, dalla definizione e dall’emergere di queste problematiche, proposte tanto per correttezza nei confronti dei miei interlocutori, quanto per fornire alcune possibilità analitiche al dato quantitativo, è importante dare rilievo al fatto che tutti i medici hanno più volte manifestato il proprio apprezzamento per il Bicq sostenendo che esso può diventare uno strumento di screening e

preventivo davvero molto utile. Necessario in taluni casi. A tale proposito sono anche da rilevare le proposte fatte dai medici, come ad esempio – suggerimento più volte riscontrato durante le interviste – la costruzione di una rete più funzionale di rapporti tra medici di medicina generale, neurologi e antropologi. Soprattutto durante il secondo giro di monitoraggio è apparsa una maggiore consapevolezza nell’utilizzazione dello strumento, forse anche in virtù di un maggiore “tempo” dovuto alla stagione estiva, ma non solo. Da un



altro punto di vista, infatti, il punto di svolta nell’utilizzazione del questionario, come sostenuto da un medico, potrebbe presentarsi nel momento in cui sia i pazienti, sia i medici stessi arrivino a comprendere che la somministrazione di un Bicq debba essere uno strumento “consuetto” della visita e della professione, come lo stetoscopio, la ricetta o la misurazione della pressione. A questo punto forse, “il tempo che ci vorrebbe” altro non sarebbe che il tempo che “ci vuole” e che è necessario e sufficiente, per ogni qualsiasi visita.

Conclusioni

Il contributo etnografico descritto in questa relazione, ha avuto sostanzialmente due

obiettivi correlati tra di loro. Il primo, in conformità con l’obiettivo generale del progetto, è stato quello di favorire le condizioni per una diagnosi preventiva del deterioramento cognitivo. Il secondo è stato quello di monitorare il lavoro dei medici di medicina generale coinvolti nel progetto. Per raggiungere entrambi gli obiettivi, il contributo dell’antropologo è stato quello di mediare tra le parti, costruendo reti di relazioni tra neurologi e medici di medicina generale tali

da accompagnare la circolazione di informazioni e lo spostamento di pazienti, favorendo così le condizioni per una diagnosi preventiva. Da un altro punto di vista, però, la presenza etnografica all'interno di un campo biomedico così articolato come quello che definisce (e che a sua volta è definito da) l'Alzheimer – che tocca diversi aspetti biomedici, culturali, economici, del lavoro dei medici e della vita quotidiana delle famiglie coinvolte - ha stimolato delle nuove riflessioni proprio sulle condizioni e sui contesti che delimitano la diagnosi preventiva. Partendo dal presupposto che la diffusione di uno strumento diagnostico preventivo per l'Alzheimer – com'è il Bicq - è stata considerata necessaria e urgente da parte di tutti gli attori sociali coinvolti come i medici di medicina generale, i neurologi, i pazienti e familiari dei pazienti, appare rilevante lavorare sui risultati del progetto e sui problemi che ci sono stati, per partire da essi con il fine di sviluppare nuove linee d'intervento, soprattutto nella misura dei contesti di somministrazione del Bicq e nella possibilità di poter costruire una rete di relazioni tale da coinvolgere tutti i soggetti interessati. Se la diffusione del Bicq e il numero di diagnosi preventive eseguite, sono stati sicuramente i risultati più rilevanti del progetto, i problemi manifestati dai medici di medicina generale nella somministrazione del Bicq diventano input importanti sui quali lavorare. Da un'altra prospettiva l'esperienza di osservazione delle visite presso il Centro Disturbi della Memoria hanno rivelato la necessità un approccio etnografico in grado di affrontare e analizzare tanto le relazioni proprie dei contesti familiari dei pazienti, quanto di esplorare le storie di vita dei pazienti e le forme di narrazione e di rappresentazione delle proprie memorie – ricordi, saperi, fantasie – come frammenti di storie ancora in corso, e dei propri disturbi della memoria nella misura dell'ansia, delle paure, dell'imbarazzo che caratterizza tali problemi. Volendo concludere, il progetto nei risultati raggiunti e nelle prospettive presentate, stimola il ripensamento delle relazioni tra il medico di medicina generale, il paziente, il familiare, il neurologo e l'antropologo attivi all'interno del campo biomedico che definisce (e che è definito da) l'Alzheimer, verso la costituzione di un laboratorio permanente che possa permettere la circolazione di saperi e delle informazioni, il confronto tra le parti e, dunque, la produzione di nuovi contesti e di nuove condizioni finalizzate ad una diagnosi preventiva del deterioramento cognitivo.

Bibliografia di riferimento

- AL-JANABI H., COAST J., FLYNN T. N. (2008), *What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta-ethnography with interview follow-up*, in "Social Science & Medicine", vol. 67, n. 1, pp. 111-121.
- BEARD R. L. (2008), *Trust and Memory: Organizational strategies, Institutional Conditions and Trust Negotiation in Specialty Clinics for Alzheimer's Disease*, in "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 32, n. 1, pp. 11-30.
- BEARD R. L., FOX P. J. (2008), *Resisting social disenfranchisement. Negotiating collective identities and everyday life with memory loss*, in "Social Science & Medicine", vol. 66, n. 7, pp. 1509-1520.
- CANTEGREIL-KALLEN I., TURBELIN C., OLAYA E., BLANCHON T., MOULIN F., RIGAUD A., FLAHAULT A. (2005), *Disclosure of diagnosis of Alzheimer's disease in French general practice*, in "American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias", vol. 20, n. 4, pp. 228-232.
- CLARE L. (2003), *Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease*, in "Social Science and Medicine", vol. 57, n. 6, pp. 1017-1029.
- COHEN C. A. (2000), *Caregivers for people with dementia. What is the family physician's role?*, in "Canadian Family Physician", vol. 46, n. 2, pp. 376-380.
- ELLIOT K. S., DI MINNO M. (2006), *Unruly Grandmothers, Ghosts and Ancestors: Chinese Elders and the Importance of Culture in Dementia Evaluations*, in "Journal of Cross-Cultural Gerontology", vol. 21, n. 3-4, pp. 157-177.
- FINKLER K., HUNTER C., IEDEMA R. (2008), *What is going on? Ethnography in Hospital Spaces*, in "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, pp. 246-250.
- GARDNER I. L., FOREMAN P., DAVIS S. (2004), *Cognitive dementia and memory service clinics: opinions of general practitioners*, in "American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias", vol. 19, n. 2, pp. 105-110.
- HANSEN E., HUGHES C., ROUTLEY G., ROBINSON R. L. (2008), *General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: Factors impacting on early diagnosis*, in "Social Science & Medicine", vol. 67, n. 11, pp. 1776-1783.
- HINTON L., FRANZ C. E., REDDY G., FLORES Y., KRAVITZ R. L., BARKER J. C. (2007), *Practice Constraints, Behavioral Problems, and Dementia Care: Primary Care Physicians' Perspectives*, in "Journal of General Internal Medicine", vol. 22, n. 11, pp. 1487-1492.
- HINTON L., FLORES Y., FRANZ C., HERNANDEZ I., MITTENESS L. S. (2006), *The borderland of Primary Care. Physician and Family Perspectives on "Troublesome" Behaviors of People with Dementia*, in LEIBING A., COHEN L. (eds) (2006), pp. 43-63.
- KONTOS P. C. (2005), *Embodied selfhood in Alzheimer's disease. Rethinking person-centred care*, in "Dementia", vol. 4, n. 4, pp. 553-570.
- KONTOS P. C. (2006), *Embodied Selfhood. An Ethnographic Exploration of Alzheimer's Disease*, in LEIBING A., COHEN L. (eds) (2006), pp. 195-217.
- KONTOS P. C., NAGLIE G. (2006), *Expressions of personhood in Alzheimer's: moving from ethnographic text to performing ethnography*, in "Qualitative Research", vol. 6, n. 3, pp. 301-317.
- KONTOS P. C., NAGLIE G. (2007), *Bridging theory and practice. Imagination, the body and person-centred dementia care*, in "Dementia", vol. 6, n. 4, pp. 549-569.
- LANGDON S. A., EAGLE A., WARNER J. (2007), *Making sense of dementia in the social world. A qualitative study*, in "Social Science & Medicine", vol. 64, n. 4, pp. 989-1000.
- LEIBING A., COHEN L. (2006), *Thinking about dementia. Culture, Loss, and the anthropology of senility*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, London.

- LONG D., HUNTER C., VAN DER GEEST S. (2008), *When the field is a ward or a clinic: hospital ethnography*, in "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, pp. 71-78.
- MOREIRA T., PALLADINO P. (2008), *Squaring the curve: The Anato-mo-Politics of Ageing, Life and Death*, in "Body & Society", vol. 14, n. 3, pp. 21-47.
- PETERSEN R. C. (2004), *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity*, in "Journal of Internal Medicine", vol. 256, n. 3, pp. 183-194.
- SMITH A. P. (2006), *Negotiating the moral Status of Trouble. The experiences of Forgetful Individuals Diagnosed with No Dementia*, in LEIBING A., COHEN L. (eds) (2006), pp. 64-79.
- SURR C.A. (2006), *Preservation of self in people with dementia living in residential care: a socio-biographical approach*, in "Social Science and Medicine", vol. 62, n. 7, pp. 1720-1730.
- VAN DER GEEST S., FINKLER K. (2004), *Hospital ethnography: introduction*, in "Social Science & Medicine", vol. 59, n.10, pp. 1995-2001.
- VAN DER GEEST S., SARDOKIE S. (1998), *The fake patient: a research experiment in a Ghanaian Hospital*, in "Social Science & Medicine", vol. 47, n. 9, pp. 1373-1381.
- VERMEULEN E. (2004), *Dealing with doubt: Making decisions in a neonatal ward in The Netherlands*, in "Social Science & Medicine", vol. 59, n.10, pp. 2071-2085.
- WILKINSON D., STAVE C., KEOHANE D., VINCENZINO O. (2004), *The Role of General Practitioners in the Diagnosis and Treatment of Alzheimer's Disease: A Multinational Survey*, in "Journal of International Medical Research", vol. 32, n. 2, pp. 149-159.
- WIND G. (2008), *Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings*, in "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, pp. 79-89.
- ZAMAN S. (2004), *Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh*, in "Social Science & Medicine", vol. 59, n.10, pp. 2025-2036.
- ZAMAN S. (2008), *Native among the Natives: Physician Anthropologist doing Hospital Ethnography at home*, in "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, pp. 135-154

ULTIM'ORA

ATTI DELLA REGIONE DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE

25 ottobre 2011, n. 100.

Risoluzione - "Deliberazione della Giunta regionale n. 69 del 26 gennaio 2009 (Decalogo per la semplificazione dei percorsi assistenziali) - Verifica sullo stato di attuazione ed eventuale modificazione della stessa".

IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la proposta di risoluzione della III Commissione consiliare permanente, concernente: "Deliberazione della Giunta regionale n. 69 del 26 gennaio 2009 (Decalogo per la semplificazione dei percorsi assistenziali) - Verifica sullo stato di attuazione ed eventuale modificazione della stessa" (Atto n. 620);

Udita l'illustrazione della proposta di risoluzione svolta dal Presidente della III Commissione consiliare, consigliere Buconi;

Udito l'intervento dal consigliere Tomassoni, assessore titolare delle deleghe in materia di Tutela della salute, Programmazione ed organizzazione sanitaria ivi compresa la gestione e valorizzazione del patrimonio sanitario;

Vista la legge regionale statutaria 16 aprile 2005, n. 21 (Nuovo Statuto della Regione Umbria) e successive modificazioni;

Vista la deliberazione del Consiglio regionale 8 maggio 2007, n. 141 (Regolamento interno del Consiglio regionale) e successive modificazioni;

all'unanimità dei voti, espressi nei modi di legge dai 25 consiglieri presenti e votanti

DELIBERA

1) di approvare la seguente risoluzione:

Il Consiglio regionale Premesso che la III Commissione consiliare ha effettuato una serie di incontri con i rappresentanti dei medici di famiglia e delle associazioni dei consumatori per affrontare alcune problematiche relative alle procedure di accesso ai servizi da parte dei cittadini;

Rilevato che da detti incontri è emersa la mancata applicazione della delibera di Giunta regionale n. 69 del 26 gennaio 2009 (Decalogo per la semplificazione dei percorsi assistenziali), che prevede disposizioni ritenute utili a facilitare la fruizione dei servizi;

Tenuto conto che in alcune Aziende Unità Sanitarie Locali tale deliberazione ha trovato, seppur parzialmente, attuazione; Tenuto conto altresì che l'applicazione della sopra citata delibera non necessita di un aumento di risorse umane, strumentali ed economiche a carico del Servizio Sanitario Regionale; Preso atto che le problematiche evidenziate sono state condivise dai componenti della Commissione **IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE** ad effettuare una puntuale verifica sullo stato di attuazione della deliberazione della Giunta regionale n. 69 del 26 gennaio 2009 (Decalogo per la semplificazione dei percorsi assistenziali) e, se del caso, a predisporre una modifica della stessa per renderla attuabile ed attuale, dandone comunicazione agli organi consiliari.

I consiglieri segretari
Alfredo De Sio
Fausto Galanello

Il Presidente
ALFREDO GORACCI

Appunti di Medicina e di Biologia Molecolare

Prof. Giorgio Silvestri

Grazie alle metodiche di “biologia molecolare”, in atto ormai da oltre mezzo secolo e molto importanti nello studio di meccanismi fisiologici e patogenetici fondamentali, si possono amplificare le molecole e le sequenze. In pratica la disposizione dei diversi aminoacidi di cui sono composte le proteine. Fulcro della genetica, la scienza della trasmissione dei caratteri dai genitori ai figli, è il DNA (Desossiribo Nucleico Acido), vettore del codice genetico, vale a dire dell'informazione da trasmettere. L'RNA (Ribo Nucleico Acido) è deputato alla sintesi delle proteine e sta nel citoplasma cellulare. I geni sono formati da DNA e sono

sui cromosomi, nel nucleo della cellula.. Dalla biologia molecolare deriva una serie infinita di possibilità di studio. Per accennarne solo alcune: stabilire l'identità della persona, indagare a fondo sulla differenza biologica tra donatore e ricevente di un organo. Si pensi, ad esempio, che la differente posizione in una sequenza di un solo aminoacido può essere causa del rigetto di un organo trapiantato. Ciò è evitabile in una buona percentuale di casi con la “tipizzazione genomica”, oggi eseguita in solo 2 -3 ore: una ulteriore possibilità dovuta al grande progresso

delle conoscenze biotecnologiche.

“LA TRASFUSIONE DI SANGUE E IL TRAPIANTO DEGLI ORGANI”

Tra le più significative applicazioni della medicina e della chirurgia nel novecento vi sono la trasfusione di sangue e il trapianto degli organi. Questi interventi sono stati favoriti e resi più sicuri dalla conoscenza dei sistemi

eritrocitari, leucocitari) piastrinici, tessutali. La prima ha fatto sì che la trasfusione si incamminasse su di un binario di correttezza scientifica; il secondo ha reso possibile la sostituzione di un organo ormai non più attivo con quello efficiente del donatore.

La trasfusione all'inizio del secolo,

e fino agli anni cinquanta si praticava da braccio a braccio, direttamente dal donatore al ricevente, con tutti i rischi del caso. In pochi decenni da pionieristica si è trasformata in un intervento mirato, non pericoloso e più efficace nel trattare una determinata carenza ematica. Oggi non si trasfonde sangue totale, ma separatamente concentrati di globuli rossi, globuli bianchi, piastrine. Queste modalità di trasfondere sono possibili disponendo di apparecchi, i separatori cellulari, che, grazie a ripetute centrifugazioni e filtri speciali, frazionano il sangue nelle sue componenti.



Così si riduce lo spreco di sangue, segno di grande rispetto verso il donatore, attuando nel contempo una terapia più efficace. Da pochi anni si possono trasfondere anche cellule staminali, immature e addirittura globuli rossi giovani, i "neociti". Il plasma può essere sostituito da prodotti sintetici di pari efficacia e non allergizzanti. Anche la trasfusione, quindi, è quasi totalmente cambiata: è di sicuro più corretto parlare di medicina trasfusionale.

Il trapianto degli organi, tutti tranne il cervello e l'apparato riproduttivo, hanno la possibilità di sostituire un organo irreversibilmente compromesso con uno ben funzionante di un altro individuo della stessa specie, è una grande conquista della moderna tecnica chirurgica, consentita sotto l'aspetto trasmissivo e biologico dalla scoperta del sistema HLA. Essendo le molecole di questo sistema numerose, poste sui globuli bianchi, sulle piastrine e sulle cellule di quasi tutti i tessuti, escluso il nervoso, è molto raro trovare un individuo che le abbia uguali all'altro. Ecco perché, anche in caso di differenza lieve, il ricevente tende a non accettare l'organo trasferito, e quindi scatena il rigetto. Che, per fortuna, è dominabile con i farmaci immunosoppressori. Una curiosità: il trapianto più semplice come esecuzione, in pratica un'iniezione endovenosa, è il più rischioso sotto l'aspetto biologico, perché provoca nel ricevente una reazione, la GVHR (Graft Versus Host Reaction), molto grave in circa il 30% dei casi. È una reazione del tessuto trapiantato contro il ricevente.

L'organo che più si trapianta è il rene, per tre motivi: 1) Si può vivere con un rene soltanto; 2) il ricevente può rimanere in lista d'attesa anche a lungo, grazie al rene artificiale (o dialisi renale); 3) è richiesta una tecnica operatoria relativamente facile. La sopravvivenza del trapiantato di rene arriva ormai a diversi decenni, quella del trapiantato di fegato ad oltre 5-6 anni nel 60-70% dei casi. Con il trapianto di midollo osseo si possono

eradicare alcune forme di leucemia e altre malattie del sangue a carattere tumorale.

La grande difficoltà nell'ambito dei trapianti, in Europa, sta nell'insufficienza degli organi disponibili.

Dev'essere un imperativo per tutti noi far in modo che l'Italia, per parecchi anni non certo tra le prime in Europa, risalga ancora in questa graduatoria. Come indice di un'ottima organizzazione nazionale, l'Italia si trova oggi al secondo posto dopo la Spagna. È merito del NORD ITALIA TRANSPLANT program, con sede a Milano, al quale Centro affluiscono gli organi prelevati nelle Marche. Si ritiene che una migliore coordinazione programmatica ed esecutiva tra gli operatori del settore possa verosimilmente avere una grande importanza nell'aumento degli organi disponibili, al fine di soddisfare i numerosi soggetti in lista d'attesa.

Stiamo operando con organi artificiali. E sperimentando un cuore artificiale impiantabile in permanenza. Non è poco.

"LA CHIRURGIA CARDIO-VASCOLARE NEL '900"

La chirurgia cardio-vascolare ha rappresentato uno dei capitoli principali nella storia della medicina negli ultimi due secoli, soprattutto nella seconda metà del '900. I rilievi autoptici, cioè sui cadaveri, hanno portato numerosi contributi nello studio della patologia vascolare. Nell'800 due grandi fatti hanno rivoluzionato le possibilità chirurgiche: la scoperta dell'anestesia, giunta grazie all'uso del cloroformio e dell'etere etilico-all'attuale possibilità di rimanere in narcosi anche per parecchie ore e con un risveglio simile a quello dopo un sonno fisiologico, e la scoperta dell'antisepsi, cioè la possibilità di combattere i germi con sostanze in grado di inibirne lo sviluppo (quali alcool, acido boricco, sublimato corrosivo, permanganato di potassio ed altre). È pressoché annullata la sofferenza fisica durante e dopo gli interventi chirurgici ed è stata sconfitta la più

terribile delle complicanze, l'infezione intraoperatoria.

All'inizio di questo secolo, Alexis Carrel, premio Nobel per la medicina nel 1912 per le sue sperimentazioni sull'animale dei trapianti d'organi e le messe a punto sulle suture vasali, si occupò del ponteggio, oggi definito "by-pass"; delle ricostruzioni delle valvole cardiache e anche della circolazione extracorporea. Per questo Alexis Carrel è considerato unanimamente il padre della moderna chirurgia cardio-vascolare. La trasfusione sanguigna, e la scoperta di sostanze anticoagulanti, ne hanno consentito un ulteriore, grosso passo avanti. Negli anni quaranta e cinquanta iniziano i primi interventi di by-pass, vale a dire sostituzione della parete di un'arteria ostruita in parte anche rilevante da una placca aterosclerotica, con un'arteria nuova prelevata dallo stesso paziente. Si possono inoltre immettere valvole biologiche ed anche in materiale plastico speciale, ad esempio il "dacron". In circolazione extracorporea si eseguono i by-pass aorto-coronari nel trattamento dell'ischemia miocardica. L'applicazione dell'indagine coronarografica ha dato la possibilità di diagnosticare zone estese, talvolta addirittura silenti, da ischemia del miocardio. Quando emerge chiaramente da una sintomatologia clinica che sono in atto crisi ripetute di angina pectoris, crisi stenocardiche, e il quadro è confermato dalla documentazione strumentale, in particolare dall'elettrocardiogramma e poi dalla coronarografia, esiste oggi la possibilità di allargare il tratto stenosato, cioè con lume ristretto, di una delle arterie coronarie, con tecnica dinamica detta "angioplastica". Non si tratta di un intervento chirurgico vero e proprio, ma dell'immissione di un catetere particolare nell'arteria femorale, all'inguine, che raggiunge il tratto della coronaria stenosata e lo dilata. Ciò presuppone un alto livello di esperienza da parte di chi opera. La coronarografia, o angiografia coronarica, permette di individuare, in modo statico e

dinamico, il tratto stenosato dell'arteria. Si stabilisce poi collegialmente, da parte di un gruppo di medici specialisti, la condotta da seguire nel singolo caso.

Oltre alla chirurgia dei vasi coronarici, le possibilità attuali della Chirurgia Vascolare, in atto in molti Istituti Universitari e in alcuni grandi Ospedali, riguardano i complessi, lunghi atti operatori per il trapianto degli organi, per gli interventi nelle ostruzioni arteriose in specie periferiche, e per gli aneurismi, frequenti nell'aorta addominale.

DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA DEI TUMORI

Anche la cura dei tumori ha compiuto passi da gigante. Ma ogni terapia, perché sia efficace, presuppone una diagnosi precoce: a questa si arriva controllando spesso, in accordo con il medico, lo stato di salute. Oltre i cinquant'anni, un check up generale, se necessario mirato, deve essere eseguito almeno una volta all'anno. Il trattamento chirurgico può essere decisivo quando il tumore ha ancora dimensioni limitate e non vi sono metastasi. L'asportazione di un linfonodo laterocervicale, ad esempio, può guarire dal linfogranuloma di Hodgkin se è stata eseguita quando la localizzazione era unica e iniziale. Molto validi, ai fini di una lunga sopravvivenza, i diversi protocolli polichemioterapici. Con il trapianto di midollo osseo allogenico, cioè donatore e ricevente della stessa specie, si curano oggi molte emoblastosi, malattie tumorali del sangue come alcune leucemie, conseguendo spesso remissioni lunghe. Talvolta l'eradicazione, in pratica la guarigione!

Il sistema immunitario SI attiva nella difesa dai tumori quando l'organismo individua le cellule in trasformazione neoplastica come "not self". E le combatte non riuscendo, tuttavia, ad eliminarle sempre, per motivi solo ipotizzati. Purtroppo, il linguaggio delle cifre è ancora pesante: secondo numerose statistiche, una persona su tre ammalata di tumore

maligno e una su quattro o cinque ne muore. Ma i grandi numeri, lo ripetiamo, sono da considerare criticamente. Alcuni tipi di tumore sono in aumento, specie quelli ritenuti ambientali, vale a dire in rapporto con ciò che mangiamo quindi dell'apparato digerente, specie l'intestino, e con ciò che respiriamo, quindi dell'apparato respiratorio, in particolare i polmoni. Nel mondo la prima causa di morte è data oggi dalle malattie cardio-vascolari, seguite dai tumori. Negli anni cinquanta guarivano intorno al 20% di questi malati, mentre attualmente ne guariscono intorno al 50%: è un dato da sottolineare! Ogni anno, in Italia 200.000 sono i nuovi casi: negli uomini compare con maggiore frequenza il tumore dei polmoni e nelle donne quello della mammella. La prevenzione deve essere fatta sul serio, e non pressappoco: una modalità operativa di fondamentale importanza.

«LE SCOPERTE DEI SULFAMIDICI E DEI PRIMI ANTIBIOTICI»

Gerhard Domagk somministrò una sostanza, la "para-aminobenzensulfonamide" (sintetizzata e poi usata come colorante per le stoffe nel 1908 da un chimico viennese, Paul Gelmo), a sua figlia Ildegarda in gravissime condizioni per una setticemia da streptococco (dalla parola greca "streptòs") e la bambina fu salvata. La sostanza sintetizzata da Gelmo fu modificata da Domagk nel nuovo composto denominato "Prontosil". A Domagk per aver accertato la spiccata azione antibatterica di questo composto contro gli streptococchi fu assegnato il premio Nobel per la medicina nel 1939. Premio non ritirato nella cerimonia di Stoccolma perché Hitler gli aveva tassativamente proibito di accettarlo.

Alexander Fleming isolò, nel 1922 una sostanza, il "lisozima" presente nella saliva e nelle lacrime, ad azione difensiva non specifica di fronte ad alcuni germi patogeni. Nel 1928 notò che una muffa aveva provocato la

comparsa di alcune colonie di un batterio, lo stafilococco (dalla parola greca stafilé = grappolo). Da questa muffa, chiamata "Penicillum notatum", estrasse una sostanza, la "Penicillina", divenuta poi famosa perché molto attiva contro numerosi germi. Nel 1943 iniziò la produzione della Penicillina su vasta scala e nel 1945 Fleming ricevette il premio Nobel per la medicina, per aver scoperto questa muffa e aver rilevato i suoi effetti curativi in molte malattie infettive. Selman Abraham Waksman, nato in Ucraina, emigrò negli U.S.A. nel 1910 e iniziò la carriera che lo portò ad essere nominato Professore di Microbiologia. Ormai dimostrata l'efficacia della Penicillina, Waksman indirizzò le ricerche sue, e dei suoi collaboratori, verso una sostanza, la "diidrostreptomina", che si dimostrò molto attiva contro il bacillo di Koch, l'agente della tubercolosi. A Waksman per questo motivo venne consegnato nel 1952 il premio Nobel per la fisiologia e la medicina. Nel riceverlo dalle mani del re Gustavo di Svezia si limitò a questo commento: "Attribuire solo a me il merito della vittoria che la scienza ha riportato sulla tubercolosi, sarebbe come cancellarne di colpo dalla storia della medicina sessant'anni di sforzi e di brillanti progressi. I nomi di Pasteur, di Koch, di Ehrlich rappresentano sempre il punto di partenza per ogni ricerca"

Successivamente, sono entrati in campo altri antibiotici: tra questi le tetracicline, l'amoxicillina, la cefalosporina. Si tratta di sostanze molto efficaci contro numerosi batteri causa di infezioni delle vie respiratorie e delle vie urogenitali, delle vie biliari e dell'intestino. Un buon risultato hanno avuto l'acido chenodesossicolico e l'acido ursodesossicolico nella dissoluzione di alcuni tipi di calcoli biliari, consentendo in tal modo di evitare l'intervento chirurgico. Un cenno alle "statine", individuate da circa un trentennio e dimostrate attive nel ridurre livelli elevati di colesterolemia, sia totale che del colesterolo LDL (Low Density Level) ormai da tutti

conosciuto come "cattivo", perché contenuto in percentuale elevata nella placca ateromatosa. Le statine, per citarne alcune la pravastatina, la lovastatina, la simvastatina, inibiscono un enzima, HMG-CoA-reduttasi, indispensabile per la sintesi del colesterolo. Ecco la grande importanza di questi farmaci nell'arteriosclerosi, come prevenzione primaria e anche secondaria, nel ridurre i rischi gravi dovuti alla cardiopatia ischemica fino all'infarto miocardico acuto. Recentemente, si sono individuati farmaci attivi sul virus HIV, che provoca l'AIDS, malattia ancora in aumento nel mondo, oggi soprattutto per trasmissione eterosessuale. La zidovudina (ZDV), la didarosina (D.D.I.), il saquinavir inibiscono alcuni enzimi virali, ottenendosi così un rallentamento notevole del decorso della patologia. La vaccinazione, insieme all'uso degli antibiotici, ha consentito nel '900, come già si è detto, di ridurre le malattie infettive nel mondo. In particolare, due patologie gravissime, il vaiolo prima e la poliomielite anteriore acuta poi, sono pressoché scomparse sulla Terra: è l'effetto della vaccinazione praticata in tutti i Continenti, con particolare cura e per tanti anni. Un traguardo ancora da raggiungere nella prevenzione dell' AIDS.

IL PROGRESSO DELLA RADIOLOGIA

Un cenno alle possibilità diagnostiche di cui si dispone oggi con l'impiego delle nuove tecniche radiologiche. Dopo la radiologia convenzionale, che utilizza le radiazioni ionizzanti, i raggi X, sia in tempo reale, radioscopia, sia staticamente su pellicola fotografica, radiografia, la ricerca tecnologica ha proposto da un lato metodi assai sofisticati del sistema classico (angiografia digitale, tomografia assiale computerizzata) e dall'altro metodi alternativi di produzione delle immagini (ecografia, risonanza magnetica). Con tali modalità si sono ridotti i rischi dovuti alle radiazioni e all'uso di sostanze di contrasto iodate. Le tecniche ana-

logiche, o tradizionali, danno immagini che cambiano in modo continuo, non secondo numeri. Le tecniche digitali, o numeriche (dalla parola inglese digit = numero) sono diverse perché le immagini sono prodotte da un calcolatore, rappresentate su monitor televisivo e riprodotte su lastra fotografica dopo essere state elaborate. Ciò risulta di grande utilità: basti pensare che l'occhio umano discrimina gradazioni di grigio in numero limitato, mentre il computer percepisce un ambito molto più ampio di differenze, cioè un Range di grigi altrimenti non apprezzabile. L'insieme delle nuove metodiche costituisce il capitolo della "DIAGNOSTICA PER IMMAGINI", sviluppatosi grazie all'uso dei calcolatori nelle fasi di produzione delle immagini. Tra le immagini digitali ricordiamo l'ecografia, nella quale vengono utilizzati gli "ultrasuoni", onde meccaniche in grado di attraversare strutture liquide e formate da tessuti molli, che trovano invece un ostacolo nel tessuto osseo e nel gas sono pertanto analizzabili con questa tecnica il fegato, la milza, i reni; con difficoltà l'aorta e il pancreas; ma non lo sono gli organi della cavità toracica, escluso il cuore, situato in parte a contatto con la parete toracica, senza aria interposta. I moderni apparecchi per ultrasuoni forniscono le immagini in tempo reale, cioè in scopia, in visione diretta a dimensioni limitate dell'area esaminata nel singolo caso. L'ecografia è una procedura molto sensibile, poco riproducibile, operatore dipendente. Riveste molta importanza la tomografia assiale computerizzata (TAC). E' difficile esporre con chiarezza e in breve il principio su cui si basa tale tecnica moderna. Se si osserva un oggetto da vari punti di vista girandogli intorno, se ne può costruire un'immagine tridimensionale, come può fare un calcolatore. Se al calcolatore vengono date rappresentazioni di un oggetto, ad esempio il corpo umano esaminato con raggi X da vari punti, l'immagine derivata

riguarda non solo la superficie ma tutte le strutture interne. Così si può analizzare il corpo strato dopo strato (dalla parola greca tomos, sezione o strato, per cui tomografia è sinonimo di stratigrafia), per quella porzione del suo asse contenente le strutture da esplorare. Purtroppo, la TAC comporta due rischi: la dose radiante non trascurabile e le necessità di adoperare sostanze di contrasto iodate. Per le sue caratteristiche, la TAC è un esame riproducibile e non operatore dipendente. La risonanza magnetica nucleare, in sigla RMN, individuata da Purcell e Blok nel 1946, venne impiegata all'inizio nello studio di sistemi inorganici. Solo una ventina di anni più tardi, iniziarono le ricerche nei sistemi biologici ed emerse la possibilità di caratterizzare i tessuti in vivo negli animali da esperimento. Si vide così che il tessuto sano si diversificava, di fronte alla RMN, da quello patologico, in particolare da quello tumorale. Il principio su cui si basa la RMN è che la materia è formata da "atomi", costituiti dal «nucleo» e da particelle periferiche, gli "elettroni". Gli atomi sono dotati di mobilità in rapporto con le fasi in cui si trova la materia: solida, liquida, gassosa, circondate da campi magnetici. Una tecnica molto sensibile, poco specifica. In sintesi, la diagnostica per immagini comprende l'insieme di tutte le metodiche idonee alla formazione di immagini diagnostiche, centralizzate in un Servizio dove siano integrate le informazioni in modo immediato e agevole. L'approccio ai diversi capitoli della patologia cambia in relazione al momento in cui si interviene: per screening e/o diagnosi precoce in assenza di sintomi; per la diagnosi di presenza di patologia, con sintomi da determinare; per la conferma di natura biologica documentata (solida / liquida, tumorale / non tumorale, benigna / maligna, primitiva / secondaria); per precisare lo stadio in cui si trova una determinata patologia e per controllarne l'evoluzione.

ESAMI DI LABORATORIO IN EMATOLOGIA

Anche per quanto riguarda il sangue, in particolare i componenti cellulari, sia come numero totale sia nell' eseguire il cosiddetto "esame emocromocitometrico", comprendente il conteggio dei globuli rossi, dei globuli bianchi e delle piastrine, la quantità totale di emoglobina e del valore ematocrito, la forma e il rapporto fra i diversi tipi di globuli bianchi, era necessario approssimativamente il lavoro di una persona, per circa 30 -40 minuti. In un'intera giornata, 4 -5 persone riuscivano a fare, oltre a glicemia, azotemie, VES e tanti altri, circa 40 -50 esami emocromocitometrici con formula leucocitaria, usufruendo di pochissimi momenti di attesa. Oggi sono in uso apparecchi elettronici con i quali si possono determinare circa 20 parametri del sangue in 100 campioni! Una sola persona prepara i diversi sieri in batteria e tara ogni mattina gli apparecchi prima di attivarli, affinché i risultati siano sempre affidabili. Si tratta di un progresso tecnologico di rilievo.

Vuol essere questa, una carrellata, veloce e incompleta, sulle scoperte nel campo della medicina nel secolo scorso. Un progresso così ampio e profondo che non è esagerato definirlo rivoluzionario. Mi auguro che il tentativo di commentare in modo adeguato il nocciolo di tale progresso susciti un certo interesse. Ed è un dovere esprimere agli studiosi di tutto il mondo la riconoscenza per quanto hanno messo in atto in favore dell'umanità intera. Un lavoro oscuro, costante, disinteressato, eseguito con sacrificio e grande interesse. Appagante nel senso migliore del termine. Purtroppo, è difficile evitare, in proposito una nota stonata: in Italia, alla ricerca scientifica sono assegnati mezzi insufficienti, mentre in favore di altre attività è dato denaro pubblico in abbondanza. La salute è il bene primario dell'uomo: uno Stato che lascia la ricerca in gran parte finanziata dalla generosità dei cittadini non ha

molte attenuanti! Mi sia consentito, ancora una volta, un devoto e grato ricordo rivolto al mio Maestro, il Professore Jean Dausset, sotto la guida del quale ho avuto l'onore di operare all'inizio della carriera. Una persona eccellente, sul piano umano, scientifico e culturale. Un uomo dotato di eccezionale rispetto dell'altro! Premio nobel nel 1980 per la grande scoperta del sistema leucoplastrinico e tessutale HLA! Dopo il sistema ABO e il sistema Rhesus, ecco il sistema HLA, dimostratosi di grande valore nel trapianto degli organi!

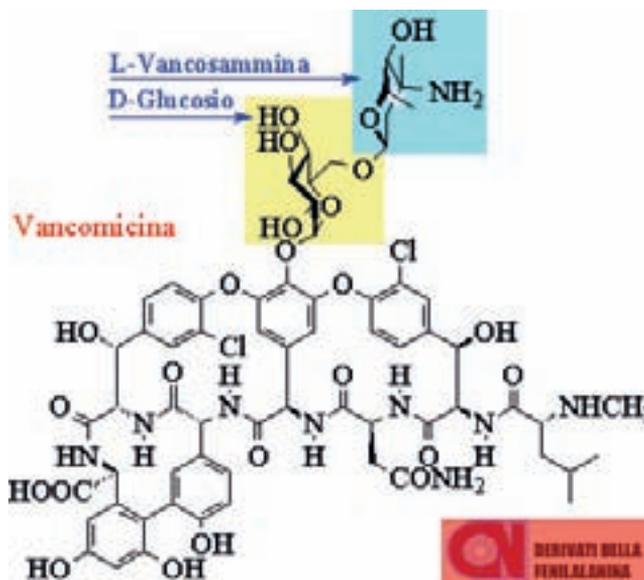
E COME VA L'AIDS?

A questo punto, non si può evitare di prendere in esame il quadro clinico dell'infezione da HIV, comparsa sulla Terra nell'ormai lontano 1981. Specialmente negli ultimi anni l'introduzione di terapie antivirali, in grado di bloccare nel 90% dei casi la progressione della malattia. E mentre fino al 1995 l'infezione da virus HIV era come una condanna a morte, oggi questa infezione ha una gravità simile a quella di patologie croniche quali il diabete o l'epatite cronica. Tale progresso medico è stato possibile grazie a una serie di scoperte scientifiche che hanno caratterizzato il virus dal punto di vista genetico e strutturale, quindi preparando il terreno allo sviluppo di farmaci in grado di bloccare alcune delle attività enzimatiche chiave del virus. Tali farmaci, però, non "guariscono" dall'infezione, per cui devono essere

assunti in maniera continuativa, cioè ogni giorno. Purtroppo, queste nuove e potenti terapie contro l'HIV, sono costose e richiedono una struttura sanitaria adeguata al monitoraggio della loro efficacia ed alla gestione dei possibili effetti collaterali. Di conseguenza, queste terapie sono molto diffuse nel mondo occidentale, ma relativamente poco nei paesi in via di sviluppo, e specialmente nell'Africa sub-sahariana. Per questo motivo l'infezione da HIV continua ad uccidere circa 2 milioni di persone ogni anno, delle quali il 90% nei paesi poveri. Inoltre, dato che non c'è ancora una terapia che "guarisce" dall'infezione da HIV,

questa riduzione di mortalità nei paesi occidentali (tra cui l'Italia) associata al fatto che il numero di nuove infezioni si è stabilizzato da tempo ma non si riduce (per esempio in America sono circa 50.000 ogni anno), il numero netto di persone infettate da HIV continua ad aumentare (negli U.S.A. sono

stimati in 1.300.000; in Italia 160.000). In assenza di un vaccino e di una terapia risolutiva, i costi sanitari e sociali di questa massa di pazienti che richiedono di una terapia cronica ed hanno comunque un rischio accelerato di sviluppare problemi clinici seri (tipo malattie cardiovascolari, cancro, insufficienza renale, demenza, ecc.) rimangono molto alti. E quindi lo sforzo della comunità scientifica internazionale per trovare una cura oppure un vaccino per l'AIDS rimane molto forte.



Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti DOMENICA 18 DICEMBRE 2011



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Provincia di Perugia

AVVISO AGLI ISCRITTI

**SI COMUNICA CHE NEL PORTALE DELL'ORDINE
(WWW.ORDINEMEDICIPERUGIA.IT),
PREVIA REGISTRAZIONE, E' ATTIVA LA PROCEDURA PER
LA STAMPA DEI CERTIFICATI DI ISCRIZIONE
ALL'ALBO PROFESSIONALE.**