

Bollettino 5/6 2011

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - ANNO XLVII - 5/6/2011



indice

Di doman non c'è certezza Elezioni col battiquorum Riorganizzazione del SSR Umbro Appunti sul burnout

La chirurgia laparoscopica nel tratt. del tumore della prostata

pagina 3

nagina 7

nagina 15

pagina 18

pagina 33

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

Anno XLVII - 5/6/2011

SOMMARIO non c'è certezza

Rinnovo cariche ordinistiche Elezioni col battiquorum Il saluto del neo Vicepresiden

Il rapporto medico-paziente

Certificazione anamnestica ril, pat. di guida 10 A proposito di medicine alternative 11 Abolito il doc. programm. della sicurezza 11 ANDI al lavoro per testare il nuovo Redditometro 10

Contro "La Repubblica" posizione di ANDI 17 Rinn. il CCNL per i dip. degli Studi Professionali 18

Attivazione dell'ambulatorio ... Riorganizzazione del SSR Umb

Contraria Sunt Complementa

Dorso Curvo Osteocondritico __ La chirurgia laparoscopica ____

Relazione del Tesoriere ____ La relazione del Presidente

Consegna medaglie per i 50 anni di laurea 46 Consegna premi "mem. Dott. Domenico Tazza 53

Norme redazionali

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

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott, Graziano Conti

Vice Presidente

Dott. Valerio Sgrelli

Tesoriere Dott. Antonio Montanari (Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Stefano Lentini

Consiglieri

Prof. Fortunato Berardi

Dott.ssa Patrizia Bodo Dott. Stefano Caraffini

Dott. Stefano Caraffin Dott. Stefano Cusco

Dott. Silvio D'alessandro

Dott. Andrea Donati

(Consigliere Odontoiatra)

Prof. Cesare Fiore

Dott.ssa Alessandra Fuca

Dott. Piero Grilli

Dott. Sabatino Orsini Federici

Dott.ssa Stefania Petrelli

Dott, Tiziano Scarponi

Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Gian Luigi Rosi (Presidente)

Dott. Giovanni Battista Genovesi

Dott. Oreste Maria Luchetti

Membro supplente Dott. Primo Pensi

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dott. Andrea Donati

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott.ssa Claudia Giannoni

Dott. Antonio Montanari

Dott. Ezio Politi

BOLLETTINO

Direttore responsabile Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

Comitato di redazione

Dott. Antonio Montanari

Dott. Marco Petrella

Dott.ssa Stefania Petrelli

Prof. Fausto Santeusanio

Dott. Massimo Sorbo

Dott. Antonio Tonzani

Dott. Giuseppe Quintaliani

Segretaria di redazione Sig.ra Rita Micheletti

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

"...di doman non c'è certezza"

Dott. Tiziano Scarponi

E.U. si presenta nel mio studio per farsi trascrivere su ricettario regionale "le analisi " indicate dal ginecologo, ha 24 anni ed è al secondo mese della prima gravidanza. La lista degli accertamenti è veramente lunga e comprende anche translucenza nucale, bi-test ed altri esami che dovrebbero esplorare le condizioni del nascituro. Alla mia osservazione, sul fatto che alla sua giovane età forse tali richieste potevano

essere superflue, risponde mi maniera perentoria d'accordo che è il ginecologo per evitare qualsiasi sorpresa.

G.P. maschio di 29 viene anni. ambulatorio in in quanto fra lì a poco partirà per il viaggio di nozze in un' isoletta greca

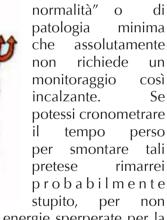
dell'Egeo e desidera portare con sé qualche farmaco perché: "Non si sa mai!". Anche in questo caso la lista è lunga: due tipi di antibiotico. cortisone, antinfiammatori, antiemetici e molti altri ancora. Ad un certo punto mi chiede se non sia il caso di fare anche il richiamo della vaccinazione antitetanica.... al che reagisco in maniera forse un po' troppo ironica: " Ma vai in viaggio di nozze o parti per una missione di guerra? ".

Questi non sono che alcuni episodi di quello che quotidianamente sta accadendo

nei nostri ambulatori, forse fra i tanti questi sono anche abbastanza innocenti, ma senza dubbio sono paradigmatici nell'esprimere lo stato d'animo e quello che frulla per la testa al cittadino italiano.

E' un fiume inarrestabile di richieste: chi vuol fare la colonscopia e la densitometria ossea ogni anno, chi il PSA ogni tre mesi, chi l' eco-doppler carotideo ogni sei mesi.... Ovviamente tutte indagini fatte

> una situazione clinica di " normale minima assolutamente richiede così tempo perso smontare tali rimarrei



parlare poi delle energie sperperate per la concertazione, per mantenere i toni del dialogo a un livello empatico e persuasivo, quando magari dentro di te avresti spesso l'impulso di reagire in maniera molto più diretta ed imperativa. Come mai tante aspettative? Come mai tanta esigenza di sicurezza e certezza? Come mai tutti si aspettano risposte e rimedi sicuri?

Come diceva Bertrand Russell " gli uomini quello che veramente vogliono non è la conoscenza, ma la certezza" e questo è senza dubbio vero da sempre, ma come



mai proprio ora questo problema sta superando qualsiasi livello di guardia? Propria ora in cui la crisi economica impone un ripensamento globale sugli investimenti, sulle scelte, sulle priorità ed i livelli di assistenza? Non ho ovviamente una risposta precisa e documentata a riguardo, ma una serie di considerazioni e valutazioni con le quali uno potrà essere più o meno d'accordo.

Molto è cambiato da quando nel lontano

ho iniziato а i lavorare: pazienti venivano a lamentare i propri disturbi e i propri problemi, davi risposte, suggerivi rimedi e i risultati poi venivano accettati comunque, con piacere se positivi e con rassegnazione se negativi. Oggi invece non sono ammessi fallimenti: la morte è stata completamente esorcizzata, qualsiasi insuccesso imprevisto ed considerati sono inaccettabili, passibili di denuncia e rivalsa legale, come se sviluppato fosse

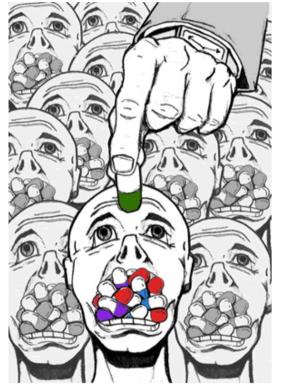
concetto di una medicina mitica basata sulla onnipotenza e sulla pillola per tutti e per tutto. Chi ha alimentato e potenziato questo mito se non noi medici e tutti coloro che con lo sviluppo di tale mitologia hanno tratto profitto, ricchezza e fama?

E' in buona fede l'illustre professor Umberto Veronesi quando preconizza lo screening per il cancro della mammella nelle donne sotto i 40 anni e con l'ausilio della risonanza magnetica? Era in buona fede la commissione di esperti negli Stati Uniti quando nel 2004 ha abbassato i livelli di ipercolesterolemia triplicando il numero di persone sottoposte a terapia farmacologica? E' risaputo in fatti che ben otto su nove membri di questa commissione lavoravano con case farmaceutiche che producevano statine. Senza rispolverare posizioni estreme come quelle di Ivan Illich in *Nemesi Medica*, è sotto gli occhi di qualsiasi operatore sanitario

"intellettualmente onesto" la continua e sottile opera di medicalizzazione della nostra vita e, come il fenomeno del disease mongering letteralmente "commercializzazione delle malattie" abbia raggiunto livelli incredibili.

L'economista svizzero Gianfranco Domenighetti ha indicato il come disease mongering si sviluppi attraverso tre linee di azione che agiscono livello quantitativo, temporale qualitativo. Sul piano

quantitativo l'azione è rivolta soprattutto sui parametri che indicano il confine tra normale e patologico per diverse situazioni come ipertensione arteriosa, diabete mellito e ipercolesterolemia. Molte linee guida che vengono importate da oltre oceano abbassano sempre più il valore soglia della normalità, facendo passare anche il concetto che: più è basso e meglio è, fino a quando non sono smentite come ha



fatto lo studio ACCORD che ha evidenziato come una terapia ipoglicemizzante troppo intensiva sia controproducente in pazienti ad alto rischio cardiovascolare. La seconda azione indicata da Domenighetti interviene sul livello **temporale** promuovendo diffondendo l'uso di screening la cui efficacia è incerta o non ancora dimostrata: antigene prostata specifico per il carcinoma prostatico, Ca 19.9 per il cancro del pancreas, Tac torace per il cancro del polmone, RM della mammmella, HCV per l'epatite ed altri ancora. A questo proposito lo stesso Domenighetti dice:"... gli ideologi degli screening hanno fatto passare nella società civile l'irresistibile logica secondo la quale è sempre meglio diagnosticare qualsiasi patologia il più presto possibile " e se questo è stato dimostrato per alcuni screening è ancora tutto da dimostrare per tanti altri, anzi, va sempre più diffondendosi l'opinione che, sospendendo anche il problema dei falsi positivi e dei falsi negativi, un'anticipazione diagnostica e quindi terapeutica, per molte neoplasie non coincide sempre con una diminuzione della mortalità o con un aumento della sopravvivenza. L'azione sul piano qualitativo consiste nel trasformare in quadri patologici situazioni che fanno parte della normalità della condizione umana: la gente viene convinta che quei problemi che fino a qualche decennio fa erano percepiti come dei semplici inconvenienti facenti parte della vita, ora vengono vissuti come oscure minacce alla propria esistenza e come tali da prevenire e curare come vere e proprie malattie: calvizie, cellulite, menopausa, timidezza ribattezzata come disturbo d'ansia sociale ed altre ancora. Il problema è oramai talmente radicato che già nel 2002 la rivista BMJ aveva pubblicato una "Classificazione Internazionale delle non-malattie" che conteneva più di 200 condizioni ritenute

"ad arte" come patologiche.

Le conseguenze del disease mongering oltre gli aspetti folcloristici e di costume sono veramente disastrose perché inducono sempre scelte terapeutiche inopportune, sprechi che inficiano la sostenibilità dei nostri servizi sanitari, malattie iatrogene e, psicologicamente parlando, modificano nella gente la percezione della salute e della malattia inducendo quei comportamenti che tutti i giorni ci ritroviamo a combattere nei nostri ambulatori.

Mi viene bene allo scopo, riportare una serie di affermazioni di Richard Smith, già editor del *British Medical Journal*. Affermazioni fatte nel lontano 1999 con lo scopo di intervenire sulle aspettative dei cittadini nei confronti di una "medicina mitica" e che copio di sana pianta dal blog di Nino Cartabellotta fondatore del GIMBE, Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza, blog che consiglio a tutti di visitare. A tal proposito Richard Smith ricorda che:

- 1) la morte è inevitabile
- 2) la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita
- 3) gli antibiotici non servono per curare l'influenza
- 4) le protesi artificiali ogni tanto si rompono
- 5) gli ospedali sono luoghi pericolosi [in particolare quelli piccoli (n.d.a.)]
- 6) tutti i farmaci hanno anche effetti collaterali
- 7) la maggioranza degli interventi sanitari produce solo benefici marginali e molti non funzionano affatto
- 8) gli screening producono anche risultati falsi negativi e falsi positivi
- 9) oltre che acquistare indiscriminatamente tecnologie sanitarie, esistono altri modi per investire le risorse economiche.

Rinnovo cariche ordinistiche per il triennio 2012/2014



A seguito delle elezioni per il rinnovo degli organi istituzionali dell'Ordine tenutesi in seconda convocazione nei giorni 22, 23, 24 Ottobre 2011, sono risultati rispettivamente eletti per le varie componenti:

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Componenti Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi

Chiru	urgni		
1)	GRAZIANO CONTI	voti	522
2)	STEFANO CARAFFINI	//	505
3)	VALERIO SGRELLI	11	502
4)	SABATINO ORSINI FEDERICI	11	501
5)	TIZIANO SCARPONI	11	501
6)	PIERO GRILLI	11	497
7)	STEFANO LENTINI	11	496
8)	FORTUNATO BERARDI	"	495
9)	CESARE FIORE	"	495
10)	STEFANO CUSCO	"	491
11)	PATRIZIA BODO	"	487
12)	SILVIO D'ALESSANDRO	11	487
13)	STEFANIA PETRELLI	11	486
14)	MASSIMO SORBO	//	486
15)	ALESSANDRA FUCA'	11	479

- Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontojatri

1)	Andrea donati	voti	77
2)	ANTONIO MONTANARI	11	76
3)	EZIO POLITI	11	63
4)	LEONARDO CANCELLONI	11	59
5)	CLAUDIA GIANNONI	11	55

- Collegio dei Revisori dei Conti

REVISORI EFFETTIVI

1)	GIOVANNI BALLISTA GENOV	/ESI	voti
557			
2)	ORESTE MARIA LUCHETTI	11	553
3)	CIANITUCI ROSI	11	550

REVISORE SUPPLENTE

1) PRIMO PENSI	voti	536
----------------	------	-----

Il successivo mercoledì 26 ottobre 2011 il Consiglio Direttivo, costituito dai 15 eletti medici chirurghi e dai primi due eletti della Commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri ha proceduto alla assegnazione delle cariche che risultano cosi assegnate: PRESIDENTE: Dott. Graziano CONTI VICE PRESIDENTE: Dott. Valerio SGRELLI TESORIERE: Dott. Antonio MONTANARI SEGRETARIO: Dott. Stefano LENTINI

La Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri ha eletto Presidente il dott. Andrea Donati, mentre il Collegio dei Revisori dei Conti ha eletto Presidente il dott. Gianluigi ROSI

Elezioni col battiquorum

Dott. Graziano Conti

Le recenti elezioni per il rinnovo degli Organi Statutari del nostro Ordine ed il successivo voto unanime del Consiglio Direttivo neo-eletto mi hanno confermato alla Presidenza per il triennio 2012 - 2014. Il ringraziamento a tutti i colleghi che hanno confermato la loro fiducia sulla mia persona e sulla squadra che mi accompagna e sostiene, è d'obbligo come d'obbligo è la conferma del nostro impegno a cercare di svolgere al meglio il compito che ci è stato affidato. Nella lettera in cui avevamo proposto il nostro programma c'era l'invito di venire a votare perché in democrazia votare è la più alta espressione di partecipazione e anche per reagire a quella sorta di distacco fatalistico o irritato che in qualche modo spesso ci contagia e per riappropriarsi del futuro della professione. Se guardiamo i risultati si possono fare alcune riflessioni. Sono venuti a votare 579 medici chirurghi su 4726 aventi diritto, 96 odontoiatri su 703 aventi diritto, per un totale di 675 votanti su 5429 potenziali elettori. Abbiamo certamente superato il quorum ma i numeri non sono confortanti. Non è una cosa che riguarda solo le elezioni. A titolo di esempio per gli annuali premi di laurea, laddove erano in palio quattro assegni da mille euro, e l'unica cosa da fare era presentare domanda e tesi, dei nuovi iscritti laureati con 110 e lode, meno di un guarto ha fatto domanda. Tornando alle elezioni certamente l'assenza di competizione tra liste contrapposte può essere una spiegazione per l'assenteismo e, come ho avuto modo di dire nella assemblea annuale, il motivo più importante di questo comportamento probabilmente non risiede nella disaffezione verso l'organo della professione. Ciò che favorisce l'astensione, anche in chi si riconosce nella politica dell'ordine o perfino in chi non la condivide, è la tendenza sempre più estesa alla totale delega a chi

gestisce. È come se oggi le persone, finita la giornata lavorativa, non avessero più voglia o desiderio di impegnarsi in attività di interesse comune. Le stesse assemblee sindacali, quando si discute degli interessi dei professionisti e quindi del futuro economico di ognuno, sono sempre meno affollate. Questo fatto è pericoloso, perché è sbagliato non partecipare alle scelte sul futuro della professione in un'epoca di così grandi trasformazioni della medicina. L'acquiescenza, la delega sono risposte perdenti. E non chiediamoci che fare. Perché discutere, divenire consapevoli, partecipare, condividere scelte crea quell'unica possibile difesa della professione che nasce dalla capacità della categoria di interloquire con la società sui grandi temi della medicina. Rinnovare la medicina per adeguarla ai tempi, mantenerne le radici per difendere la professione di medico, non può che essere opera di tutti, non di un'élite per quanto illuminata. Niente si può delegare quando i problemi quotidianamente incombono. La delega ha troppo minor forza della partecipazione. Ero un giovane presidente quando ho cominciato questa avventura e riguardando le foto delle varie assemblee il tempo trascorso è implacabilmente evidente. Ora sono un "vecchio" presidente, almeno di mandati e negli anni l'istituzione può diventare un mezzo nelle mani di una persona, rischiando personalismi eccessivi e utilizzi strumentali. Credo di essere riuscito ad evitare questi rischi, ma ritengo ora oltremodo indispensabile l'impegno di tutti, in un dibattito collaborativo e democratico che ci veda tutti presenti perchè l'Ordine si propone con forza quale sede di dibattito, di confronto e di discussione sul futuro della medicina e della professione, salvaguardandone la libertà e l'indipendenza. Per me e il consiglio direttivo è l'impegno per i prossimi tre anni.

Il saluto del neo Vicepresidente

Dott. Valerio Sgrelli



Cari colleghi, con le recenti elezioni ordinistiche, il nuovo consiglio mi ha dato l'incarico della vicepresidenza.

Ho accettato, non solo con piacere questa nomina, ma anche con orgoglio perché credo, come medico, in questa istituzione che è si a tutela del cittadino, ma è anche a garanzia e salvaguardia della nostra attività professionale. Vorrei innanzitutto ringraziare l'operato del mio predecessore Prof. Fortunato Berardi che ha svolto con professionalità, passione e forte dedizione tale incarico.

Ed è con questi principi che mi accingo a continuare e a rafforzare questo mandato.

Negli anni passati ho svolto la funzione di segretario occupandomi del personale, di pratiche burocratiche e ho scritto molti verbali che testimonieranno quanto discusso e deciso nei vari consigli del nostro ordine.

Questa nuova mansione di certo, mi consente di essere più disponibile per tutti quei colleghi che vorranno rapportarsi con il nostro ordine per ottenere informazioni, consigli o supporto per tutte quelle situazioni che interferiscono con il nostro lavoro e il decoro professionale.

La mia presenza e disponibilità sarà massima.

Sono momenti molto difficili per la nostra professione, spesso vengono messe in discussione le nostre capacità professionali, le nostre retribuzioni e per ultimo si sta tentando di usurpare l'Enpam cioè le nostre pensioni.

Credo, che sia giunto il momento di serrare le fila mettendo da parte ogni corporativismo dimostrando compattezza, unità di intenti.

Comparaggio e corruzione

Il medico convenzionato con il SSN che prescrive farmaci suggeriti dalle aziende farmaceutiche dietro compenso risponde del reato di corruzione. Lo stabilisce la sentenza della Corte di Cassazione n. 1207/2012. Il principio importante affermato dalla Suprema Corte è che in questi casi non si tratta solo di comparaggio, ma anche

del più grave reato di corruzione. Infatti il reato di comparaggio si verifica quando un

medico "agevola la diffusione di specialità medicinali" per interesse proprio, ma se tale azione è compiuta da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio (come il medico convenzionato con il SSN), si ricade nel reato di corruzione. Concorso di reati, quindi, e di conseguenza la pena è quella prevista per il reato più grave.

Il rapporto medico-paziente

Prof. Fortunato Berardi

Nel trattare un argomento così complesso, è opportuno essere consapevoli di quanto sia difficile fare il medico, quante rinunce e sacrifici deve affrontare e quanto sia disconosciuta la sua fatica. Ma si è anche convinti che, malgrado tutto questo, l'arte medica è la più nobile e la più affascinante tra le attività.

rapporto medico-paziente, del quale intendiamo parlare è, fondamentalmente, una espressione di fiducia e di amicizia. Il malato è un essere umano che ha bisogno di aiuto perché soffre e lo richiede al suo medico. Il contatto del medico con il paziente stabilisce un rapporto che si ingigantisce nel tempo, arrestandosi solo per la mancanza di fiducia e simpatia, che sono la base dell'amicizia. Un malato si sente potenzialmente grave: una febbre che persiste per una settimana, induce la maggior parte dei pazienti ad insistere con il medico per avere altri farmaci ed eseguire altri esami. Il medico deve tenere conto di questo timore ed essere comprensivo. "La paura della malattia non è altro che il timore di perdere la salute e con essa la libertà di utilizzare il proprio corpo liberamente" (C.Zanussi, Selecta Medica). Il paziente, peraltro, non accetta di stare male e pretende di guarire rapidamente, attribuendo al medico la capacità di risanarlo. Questo, naturalmente, può rendere difficile il rapporto medico-paziente; mediato dalla tecnica, dalla statistica e dal messaggio mediatico, che attenua ogni contrarietà, vecchiaia e morte comprese. Anche se questa è, talvolta, la realtà di oggi, rimane la certezza che il rapporto medico-paziente sia insostituibile. Restano cardini fondamentali il dialogo, la fiducia, la comprensione delle problematiche altrui, la conoscenza dei principi basilari: il saper ascoltare, parlare semplicemente, dedicare

al paziente attenzione per le sue sofferenze e anche per problemi extramedici che la malattia può determinare; soprattutto quelli familiari, economici e sociali. Insomma, "il rapporto medico-paziente deve essere un dialogo e non un monologo; il medico ascolta e si adatta. Solo in tal modo sarà in grado di rispettare la sua scelta che non è soltanto professionale, ma etica ed umanitaria" (C.Zanussi).

Talora, però, il medico deve anche confrontarsi con il paziente difficile: un malato che contesta le scelte del medico e la stessa utilità dei suoi suggerimenti. Sono, in genere, soggetti ansiosi che credono di avere una qualche conoscenza medica, tratta dai giornali, dalle enciclopedie, da internet e dalla televisione, ove c'è dovizia di "luminari". Malati difficili da curare che sono soliti migrare da un medico all'altro, alla ricerca di un toccasano in linea con le loro convinzioni. Soprattutto se istigati da sedicenti "azzeccagarbugli" che promettono, gratuitamente, "partecipati" risarcimenti, da parte di medici ritenuti inadempienti, per presunti errori operativi o comportamentali. Allora, quale atteggiamento dovrà tenere il medico?. In queste evenienze il collega ribadirà propria opinione, senza atteggiamenti polemici, evitando un linguaggio specialistico, ma difendendo le sue scelte con disponibilità Soltanto un paziente motivazione. tranquillo, pur difficile, seguirà con scrupolo le regole suggerite, affidandosi al medico che, a sua volta, dovrà esporre i rischi e gli effetti collaterali che il trattamento può provocare. In definitiva, il medico, in scienza e coscienza, valuterà il problema postogli e fornirà consigli diagnostici o terapeutici a questo paziente difficile, che sarà libero, a sua volta, di accettare o rifiutare; documentandolo.

Certificazione anamnestica per rilascio patenti di guida

Pubblichiamo di seguito la risposta della federazione al quesito posto dall'Ordine di Massa e Carrara su:

"Obbligatorietà di richiedere la certificazione anamnestica preventiva al rilascio della patente di guida ed in particolare se ii soggetti già in possesso di una patente, all'atto di rilascio di altra patente, debbano obbligatoriamente produrre la certificazione anamnestica o se invece ne siano esenti. Chiedesi altresì, se tale certificazione debba essere custodita dal medico certificatore o consegnata, in analogia alla certificazione per patente nautica, alla Motorizzazione e per quanti anni debba essere cusotdita"

L'art. 119 del D.Lgs. 285/92 e successive modificazioni е integrazioni recante "Requisiti psichici per fisici conseguimento della patente di guida" prevede che "2. L'accertamento dei requisiti fisici e psichici. tranne per i casi stabiliti nel comma 4, è effettuato dall'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale. L'accertamento suindicato, può essere effettuato altresì da un medico responsabile dei servizi di base del distretto sanitario ovvero da un medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della salute, o da un ispettore medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio permanente effettivo o in quiescenza o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco o da un ispettore medico del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

L'accertamento può essere effettuato dai medici di cui al periodo precedente, anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi ivi indicati, purché abbiano svolto l'attività di accertamento negli ultimi dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni di cui al comma 4 per almeno cinque anni. In tutti i casi tale accertamento deve essere effettuato nei gabinetti medici.

2-bis. L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie è effettuato dai medici specialisti nell'area della diabetologia e malattie del ricambio dell'unità sanitaria che locale indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida.

2-ter. Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche

e il non uso di sostanze stupefacenti psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici le cui modalità sono individuate con decreto del Ministero della salute di concerto on il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Con il medesimo provvedimento altresì individuate le sono strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa. La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis. comma

1, lettere B), C) e D), e dai titolari del certificato CFP patentino filoviario. in occasione della revisione della conferma di validità delle patenti possedute, nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale tipo ΚA KB. quando il rinnovo di tale certificato

non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente.

3. L'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosi del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato da un medico di fiducia.

Pertanto, stante quanto suesposto, si rileva che l'obbligo di richiedere il certificato anamnestico rilasciato da un medico di fiducia è previsto dal disposto normativo sopraccitato. Inoltre si evidenzia che la nota del Ministero della Salute - Direzione Generale della prevenzione sanitaria - del 5 novembre 2010 chiarisce che al medico di fiducia viene richiesta "la sola attestazione riguardante quei precedenti morbosi che nell'attualità possono rappresentare un concreto rischio per la guida e pertanto costituire una necessaria informazione per una migliore e più completa valutazione del possesso dei requisiti di idoneità alla guida".

Sempre la predetta nota del Ministero

della Salute precisa che, con riferimento alla obbligatorietà di acquisizione da del medico parte monocratico o, nei previsti, casi parte della CML, del certificato del medico di fiducia attestante i precedenti morbosi nel caso di primo rilascio di patente di guida, introdotta dal secondo periodo

del comma 3 dell'art. 119 del Codice, tale obbligo è entrato in vigore dal 13 di agosto 2010, data di entrata in vigore della legge n. 120/2010.

Pertanto il fatto che il soggetto richiedente la patente di guida sia già in possesso di altra patente (es. nautica) non lo esenta dal presentare il relativo certificato anamnestico di cui al comma 3 dell'art. 119 dei Nuovo Codice della Strada.

Infine si rileva che tale certificazione non deve essere conservata dal medico certificatore.



Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

A proposito di medicine alternative

Il mio ultimo editoriale sulle "medicine alternative" del Bollettino n. 3-4 2011 ha suscitato parecchie reazioni. Sono arrivati, infatti, messaggi in posta elettronica, diversi colleghi hanno telefonato ed altri mi hanno apostrofato con commenti a voce in occasione di contatti avuti per altri motivi. Il consenso e l'apprezzamento per aver sollevato il problema è quasi unanime e, anche nel merito, se pur con sfumature diverse, ho ricevuto quasi tutti pareri positivi. Qualcuno ha promesso articoli e contributi sull'argomento, ma come spesso accade lo slancio iniziale può subire dei rallentamenti, per i motivi più disparati. In attesa che questi lavori arrivino e magari che ne arrivino altri con critiche e valutazioni negative, porto alla vostra attenzione le osservazioni di due colleghi che mi hanno maggiormente colpito.

Caro Scarponi,

il tuo editoriale sul Bollettino n. 3-4 2011, è interessante e credo meriti alcune riflessioni e commenti.

Condivido l'approccio non dogmatico e non fideistico a qualsiasi tipo di scienza e meno che meno ad una disciplina che in alcune parti è poco scientifica e molto psico-sociale come la medicina (e la chirurgia). Non vi è dubbio che la curiosità e l'apertura verso altre metodiche e tradizioni di cura sia da incoraggiare e coltivare in ogni mente libera. L'universo delle medicine alternative (o complementari) è però molto variegato e non credo che esse, nel loro stesso interesse, vadano confuse e non credo che esse abbiano in potenza la stessa credibilità in tutti i campi della medicina. L'omeopatia, agopuntura, omotossicologia, fitoterapia, metalloterapia, aromaterapia, fiori di Bach, ayurveda ecc. ecc. hanno presupposti teorici, etnici, sociali, molto

diversi ed alcuni non ne hanno affatto! E' possibile che la medicina occidentale tradizionale positivista ed accademica basata sulle prove (non sull'evidenza) abbia criteri di validazione non sempre riproducibili ed in particolare in alcune branche di essa sia discutibile. Essa si basa sulla identificazione dei sintomi clinici e segni strumentali, la loro classificazione e l'emissione di una diagnosi. Solo dopo di essa si procede ad uno schema terapeutico che sarà adattato al singolo paziente in base anche alla sua anamnesi fisiologica e patologica. E' vero, tutto ciò è inconciliabile con altre "ipotesi di partenza" e con altri criteri di validità non a priori inferiori. E veniamo al punto "Come comportarsi allora, che fare?" Qui sorgono problemi che mi sembrano insormontabili, anche solo volendo assumere alcune medicine alternative come complementari; Quali? Perché? Quando? A chi? Con quali indicazioni e controindicazioni? Tu stesso e credo la grande maggioranza dei medici attivi oggi esclude la rinuncia alla medicina tradizionale accademica in alcuni casi (trattamento insulinico per il diabete, trattamento chirurgico per addome acuto), ma poi ritieni che in altri casi si possa con vantaggio (e personale esperienza positiva) somministrare "rimedi omeopatici od omotossicologici se i pazienti lo desiderano". Ma il desiderio dei pazienti può essere un criterio di scelta di terapia da noi proposta solo tra due opzioni che si ritengono valide entrambe pur con delle differenze attese e valutate insieme al paziente (Terapia conservativa o chirurgica? Terapia con il farmaco A o B con quali prevedibili differenze? Metodica chirurgica più o meno invasiva con quali vantaggi e svantaggi?). E dunque penso che in alcuni casi tu ritenga che alcune medicine complementari siano alternative valide. Bene. Ma quali? Sulla base di quale esperienza? Di quale criterio di scelta tra le varie opzioni di medicina complementare? La scelta si deve fare in base alla patologia diagnosticata o in base ai soli sintomi rilevati o in base al paziente nel suo complesso secondo una visione olistica della salute e quindi della sua perdita ossia la malattia? Sono l'assenza di questi criteri che paralizzano l'uso razionale quotidiano e pratico di alcune medicine complementari (altre sono solo alternative, altre non sono medicine, ma fedi).

E' vero, alcuni di noi medici scientifici "abbiamo abbandonato degli spazi relazionali" con i pazienti e questi spazi sono stati occupati da altre medicine. Ed è giusto ritenere che "qualsiasi cosa va bene, l'importante è che funzioni", ma qual è il metodo, il criterio che ci porti a ritenere che quella cura funziona? L'esperienza personale? L'esperienza di altri? E bastano le "sensate esperienze" o non sono necessarie le galileiane "certe dimostrazioni" per poter proporre una terapia in coscienza ed in scienza

come ci viene richiesto, ma anche imposto dalle norme, leggi e sentenze che regolano la nostra attività e la nostra responsabilità civile e penale? Personalmente resto dell'avviso che, come sosteneva un grande maestro della medicina italiana (accademica) Augusto Murri già nella seconda metà dell' 800: "nella clinica come nella vita, bisogna avere un preconcetto, uno solo, ma inalienabile" il preconcetto, che tutto ciò che si afferma e che par vero può essere falso: bisogna farsi una regola costante di criticar tutto e tutti, prima di credere: bisogna domandarsi sempre come primo dovere "perché io devo credere questo?" ma contemporaneamente raccomandava al medico "se puoi guarisci, se non puoi guarire cura, se non puoi curare, conforta". Con questi principi e con questi ideali credo che sia possibile esercitare una professione in sé difficile e problematica, ma anche molto soggetta a condizionamenti culturali ed economici la cui gestione ci impegna senza preconcetti dal giorno della laurea.

Con stima ti invio cordiali saluti

Dott. Paolo Della Torre

Caro Scarponi,

ho letto con estremo interesse il tuo articolo a proposito della Medicina Alternativa. Io ho svolto per circa 40 anni l'attività di chirurgo generale dapprima nel glorioso Policlinico di Perugia e successivamente nell'Ospedale Silvestrini sotto la guida del Prof. Mercati.

Premetto che mi interessavo anche delle problematiche della medicina internistica perché ero convinto che per comprendere fino in fondo il malato un clinico deve padroneggiare le branche fondamentali dello lo scibile medico.

Nell'87 ho incominciato ad interessarmi di medicina naturale perché mi sono reso conto che quella tradizionale, insegnatami all'Università, non era sufficiente per comprendere integralmente la "malattia"e di conseguenza per attuare una terapia risolutiva in almeno il 50% delle patologie di cui erano affetti i pazienti. La necessità di questo apprendimento allargato era legata anche al fatto che le varie consulenze presso i vari specialisti erano infruttuose ai fini della comprensione e della risoluzione radicale e non sintomatica degli eventi patologici. Il malanno di cui non si capiva l'origine veniva regolarmente etichettato come "Essenziale oppure Funzionale oppure Psicogeno. Ouesta carenza era subordinata al fatto che l'insegnamento ufficiale tralasciava completamente materie come la Fitoterapia, l'Agopuntura, l'Omeopatia, l'Osteopatia, il Massaggio terapeutico e la Pranoterapia, considerandole false discipline scientifiche e guindi non meritevoli di essere prese in considerazione dall'arte medica ufficiale. Faccio notare, per inciso, che qualcuna di queste branche avevano ed hanno l'onore di essere insegnate presso le più prestigiose Università del mondo (due esempi per tutti: nelle Università Americane e nelle Università Tedesche) dove rilasciano dei titoli accademici veri e propri.

Mi resi conto che i "cosiddetti maestri" avevano dimenticato gli insegnamenti di Ippocrate e di Galeno che consideravano l'uomo come una unità di funzionamento nella malattia come nella salute e che tutte le nostre parti del corpo lavoravano in armonia per raggiungere e per mantenere un benessere generale. Proprio su questi principi si basano le varie materie della medicina alternativa olistica. La nostra cultura medica al contrario ha spezzettato la Medicina con la "M"maiuscola in tante parti con il risultato di aver reso quasi

introvabile un Clinico che sappia fare una sintesi completa su un caso di malattia e soprattutto sappia trovare all'uopo una vera terapia, perché no, definitiva. Questo tipo di medicina non ha fatto altro che rendere sempre più medicalizzata la nostra vita.

Se permetti, ritenendomi un cultore della fitoterapia, vorrei sottolineare l'importanza che ha il concetto di Fitocomplesso, per quanto riguarda le piante medicinali, nella cura delle malattie. Premetto che il loro contenuto è rappresentato non soltanto dal "Principio Attivo" (sicuramente la sostanza più efficace nel combattere una patologia). ma anche da numerosi elementi chimici rappresentati da enzimi, da vitamine, da oligoelementi, da particolari zuccheri e aminoacidi, da lipidi insaturi e da altri componenti vegetali che non sono degli accessori inutili, ma rappresentano un insieme fondamentale per rendere cosiddetto principio attivo efficace 100%.

Bisogna ricordare che la Natura non si smentisce mai. Quando crea un qualcosa di utile all'uomo lo fornisce completo di tutti i presupposti per funzionare al top. Infatti in un prodotto naturale ci sono l'armonia e la perfezione assoluta direi una scintilla di divino almeno per ci crede!

Che cosa ha fatto l'industria farmaceutica? Non essendo brevettabile l'estratto totale di una pianta medicinale, ha ritenuto opportuno fare estrarre in laboratorio il principio attivo e in tal modo si è messo a punto un farmaco con tanto di nome che non ricorda neanche lontanamente la pianta di origine, ma la cui efficacia terapeutica è risultata inferiore. Ciò l'ho verificato sulla mia persona e su i risultati ottenuti in alcuni miei pazienti usando sia il composto isolato dall'industria farmaceutica sia quello naturale. Posso portare alcuni esempi di piante che sono state sottoposte a questa estrazione chimica con il risultato

di ottenere una riduzione dell'attività terapeutica senza tema di essere smentito: il Biancospino(nella patologia cardiaca) l'Iperico Perforatum (nella malattia depressiva), la Serenoa Repens (nella patologia prostatica), il Cardo Mariano (nella patologia epatica) e qui mi fermo per una questione di spazio. Questo tipo di lavoro laboratoristico lo trovo quanto meno non scientifico e poco deontologico. Per un problema, sicuramente non di tipo medico, si è avuta la presunzione di mettere in commercio un prodotto ad uso dei Colleghi prescrittori che non conoscono la problematica dell'estrazione e la finalità di questa trasformazione chimica, ma che nel contempo si sentono rassicurati dal nome noto della Casa Farmaceutica che la mette in atto. Cui Prodest? Sicuramente non al malato. Faccio presente inoltre, per sottolineare una contraddizione, che mentre il prodotto farmaceutico più costoso e meno efficace è mutuabile, il prodotto erboristico, sicuramente più risolutivo, non lo è.

Dott. Francesco Gamuzza

Caro Collega, fatte queste precisazioni per me fondamentali, mi corre l'obbligo di congratularmi con te per aver avuto l'idea e perché no il coraggio di aver portato alla ribalta una problematica tanto importante e tanto dibattuta al fine di avere un'arma terapeutica in più nel trattamento efficace di molte patologie in assenza di effetti collaterali e tossici rilevanti. Ti fa onore la curiosità scientifica e l'onestà intellettuale nell'approcciare alcune malattie utilizzando procedimenti naturali.

Lascio a te il giudizio se questo mio scritto, basato su fatti incontestabili dal punto di vista scientifico, possa trovare diffusione sul Nostro Bollettino o nella forma di lettera a te inviata come Responsabile o come un approfondimento, previa piccola modifica tecnica.

Decidi tu. In caso contrario penso di avere la possibilità di farne oggetto di un articolo su un quotidiano. In attesa di un tuo riscontro colgo l'occasione per farti i miei migliori auguri per la tua nuova attività in seno all'Ordine come Direttore Responsabile

Abolito il documento programmatico della sicurezza

Il Decreto Legge n. 5 del 9 febbraio scorso (cosiddetto "Decreto Semplificazioni") ha abolito l'obbligo di predisporre e aggiornare il Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS) precedentemente previsto dalla Legge

sulla Privacy. Il Decreto Legge è già stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, quindi è già in vigore, per cui, fermo restando che dovrà essere convertito in legge, già da adesso sopprime l'obbligo anche per i medici e gli odontoiatri di redigere o aggiornare il DPS entro il 31 marzo di ogni anno. Ciò non toglie che i medici e gli odontoiatri dovranno continuare (come sempre) ad utilizzare i dati sanitari dei propri pazienti con la massima riservatezza e il massimo rispetto del segreto professionale, ma eliminare la necessità della redazione del DPS rappresenta indubbiamente una semplificazione che comporta un sicuro risparmio di tempo e di risorse per i professionisti.

ANDI al lavoro per testare, per conto dei soci, il nuovo Redditometro

la Segreteria Sindacale ANDI sta lavorando sul software messo a disposizione dall'Agenzia delle Entrate alle Associazioni ed agli Ordini Professionali che si sono resi disponibili alla sperimentazione del nuovo redditometro.

L'obiettivo è quello di capire (grazie ai dati che l'Associazione sta reperendo da un campione rappresentativo di dentisti e delle loro famiglie che si sono rese disponibili) il funzionamento del sistema, quali sono i dati richiesti e quali saranno i risultati.

Il software, spiegano dalle Entrate, consente di inserire i dati necessari per la stima del reddito familiare con riguardo ad esempi concreti che restano comunque anonimi. I dati inseriti non possono in alcun modo essere utilizzati ai fini dell'attività di controllo dell'Agenzia delle Entrate. Il sistema non effettua alcun calcolo ma sarà il So.Se., l'agenzia deputata alla verifica, a inviare all'Associazione la stima del reddito complessivo del nucleo familiare basata sui dati inviati. "Verificare come i parametri individuati dall'Agenzia delle Entrate incideranno sul dentista libero professionista – commenta il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada - ci permetterà di suggerire alle Entrate ed al So.Se. le anomalie riscontrare ma anche dare indicazioni corrette ai nostri iscritti".

Ricordiamo che il nuovo Redditometro, operativo dal febbraio 2012, è uno strumento che punta a verificare la "coerenza" del reddito dichiarato rispetto alla capacità di spesa. Uno strumento che dovrà supportare il

lavoro di accertamento e non sarà, almeno secondo le dichiarazioni delle Entrate, uno strumento di accertamento di massa.

Per la stima del reddito, vengono prese in considerazione più di cento voci indicative di capacità di spesa, divise in sette categorie; il rapporto fra queste voci di spesa e il reddito dichiarato rileverà il "grado di coerenza" dei contribuenti.

Se le spese effettive sono superiori al reddito, emerge una situazione di "non coerenza" che, a seconda dello scostamento (basso, medio, alto), può generare l'accertamento sintetico. Se il rischio viene considerato basso non ci sarà nessuna conseguenza, nel secondo caso il contribuente dovrà fornire adeguati chiarimenti; nel caso di un alto scostamento scatterà l'accertamento sintetico basato sulle spese sostenute o su un diverso strumento presuntivo al momento in fase di studio.





Contro "La Repubblica" tutta la categoria si allinea alle posizioni di ANDI

Dopo l'inchiesta "Quando le cure del dentista servono soltanto alla parcella", pubblicata sul quotidiano La Repubblica, attraverso la quale si è voluto far passare che i dentisti, colpiti dalla crisi economica, propongono ai propri pazienti prestazioni inutili, il Presidente ANDI Gianfranco Prada ha inviato una nota di protesta al direttore ed al giornalista che ha redatto l'articolo riservandosi di attivare altre

azioni a tutela dell'immagine della Professione.

"Diffondere il messaggio che i dentisti per sopperire ad un calo di pazienti, che peraltro persiste da almeno 4-5 anni, propongano prestazioni

inutili è profondamente sbagliato e scorretto", ha chiarito il Presidente ANDI.

"Il rapporto dentista-paziente – ha scritto il Presidente Prada - è basato sulla fiducia reciproca, come è sulla fiducia il rapporto che si instaura con il proprio medico curante. Se dubitiamo che il nostro medico ci prescrive farmaci o esami inutili l'unica soluzione è cambiare medico e così deve essere fatto se dubitiamo che il nostro dentista non lavora secondo scienza e coscienza". "Se poi il paziente ritiene di essere stato sottoposto a terapie inutili o peggio ancora eseguite scorrettamente

non deve fare altro che rivolgersi all'Ordine dei Medici segnalando l'accaduto. A questo servono gli Ordini Professionali, che oggi tanti vorrebbero abolire, servono a tutelare i cittadini".

I pericoli, ha ricordato il Presidente ANDI, non arrivano dal proprio dentista, ma quando si compra un buono su internet per una prestazione odontoiatrica senza

> una prescrizione medica o ci si reca all'estero per farsi curare.

Dopo la nota di ANDI, nei giorni successivi, i principali rappresentanti delle associazioni del settore hanno voluto manifestare il loro dis-

senso diffondendo note di commento: a questo link trovate la nota della CAO Nazionale mentre sul giornale online il dentale.it trovate quelle di AIO, AIDI,UNID e SOCI.

Tutti, come evidenziato dal Presidente ANDI, contestano la criminalizzazione della categoria evidenziando come non sia possibile classificare le prestazioni odontoiatriche in utili o inutili ma queste devono essere prescritte per un singolo paziente a seconda della sua situazione clinica.



Rinnovato il CCNL per i dipendenti degli Studi Professionali

Dott. Antonio Montanari

E' stato ufficialmente sottoscritto, ieri 29 novembre, il nuovo CCNL per i lavoratori degli studi professionali tra Confprofessioni, quale parte datoriale, quindi anche in nome e per conto di ANDI, e le sigle sindacali dei lavoratori.

Gli aspetti più rilevanti sono i seguenti:

- contenimento degli aumenti salariali, che risultano inferiori all'incremento dell'indice Istat;
- potenziamento e valorizzazione della bilateralità rappresentata da FondoProfessioni per la formazione, E.Bi.Pro quale ente bilaterale e da CaDiProf, Cassa di Assistenza Sanitaria Supplementare per i Dipendenti degli Studi Professionali;
- valorizzazione del secondo livello di contrattazione, al fine di avvicinare alle esigenze delle singole regioni la regolamentazione di importanti istituti quali tirocini, stages, orario di lavoro;
- disciplina di nuovi strumenti contrattuali flessibili, quali ad esempio il lavoro a chiamata, il contratto di inserimento, il lavoro a termine;
- apprendistato tramite il recepimento del recente Testo Unico che prevede tre tipologie: per la qualifica professionale, professionalizzante, di alta formazione;
- ampliamento della sfera di applicazione del contratto verso quegli studi che ri-

entrano nella più ampia categoria delle professioni intellettuali.

L'azione sindacale di ANDI, nel contesto delle trattative per il rinnovo del contratto, è stata mirata principalmente ad una difesa del momento economico, tramite aumenti salariali contenuti, e al potenziamento dell'assistenza integrativa dei nostri dipendenti, unito al riconoscimento della loro professionalità.

Trovate in allegato il pdf da scaricare del nuovo CCNL.

La Segreteria Sindacale Nazionale.



DALL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Attivazione dell'ambulatorio di: "Consulenza per trattamenti di Neuroradiologia Interventistica vascolare ed extravascolare e mini invasivi sulla colonna vertebrale"

Dott. Piero Floridi

La **Neuroradiologia Inteventistica** (branca della **Neuroradiologia**) è una tecnica mininvasiva per il trattamento delle patologie vascolari intra-extra craniche e spinali ed extravascolari della colonna.

Per procedura intravascolare si intende tutto ciò che può essere effettuato dall'interno di un vaso, sia esso venoso o arterioso purchè raggiungibile attraverso cateterismo selettivo o superselettivo

in situazioni di patologia vasale che abbia o no determinato sanguinamenti o sofferenza del tessuto nervoso.

I trattamenti mininvasivi sulla colonna vertebrale sono rappresentati essenzialmente da procedure di *Vertebroplastica* e da una modifica più recente a questa tecnica, la *Cifoplastica*.

Tali metodiche risultano efficaci nella riduzione o scomparsa del dolore spinale e nel rafforzamento del corpo vertebrale e trovano indicazione nel trattamento di fratture vertebrali recenti su base osteoporotica, angiomatosa, mielomatosa o da localizzazione secondaria che causano dolore non responsivo ai trattamenti farmacologici; la cifoplastica comporta l'introduzione di cateteri a palloncino all'interno del corpo vertebrale collassato e aiuta a ripristinare l'altezza del soma, prima della stabilizzazione con cemento osseo

Le indicazioni a procedure di questo tipo, sia vascolari che extravascolari della colonna, derivano da indagini

> diagnostiche neuroradiogiche avanzate (TC ed RM) e da angiografia digitale diagnostica.

> Spesso esami TC ed RM, effettuati per vari motivi, portano sempre più frequentemente al riscontro o c c a s i o n a l e di patologia malformativa vasale non complicata che può richiedere un

successivo trattamento.

Per la pianificazione di interventi per patologia vascolare o miniinvasivi sulla colonna vertebrale è necessario almeno un incontro con il paziente per la valutazione sia clinica che delle indagini effettate.



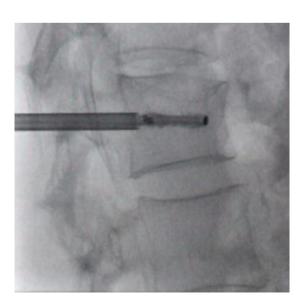
La sezione di Neuroangiografia dell'ospedale S.Maria della Misericordia, di cui è responsabile il **Dr. Hamam**, rappresenta un centro di eccellenza da molti anni ed è riferimento nazionale per patologia malformativa vasale encefalica e midollare.

Da oltre un anno presso la stessa sezione sono iniziati trattamenti mininvasi sulla colonna vertebrale raggiungendo una discreta esperienza e soddisfazione degli operatori che li praticano per i risultati ottenuti.

Tutti gli interventi in elezione vengono effettuati previo ricovero in posti letto dedicati della Neuroradiologia Interventistica situati presso la divisione di Neurochirurgia.

Presso il nostro centro vengono effettuate le seguenti procedure:

- embolizzazioni di aneurismi cerebrali rotti e non,
- embolizzazioni di Fistole durali cerebrali e spinali,



- embolizzazioni di malformazioni arterovenose cerebrali,
- posizionamento di stent carotidei al collo o intracranici,
- disostruzione meccanica e/o farmacologica di vasi intracranici,
- occlusioni vasali temporanee o definitive,
- embolizzazioni preoperatorie di tumori del capo-collo
- Vertebroplastiche e Cifoplastiche
- Biopsie vertebrali

Vista la specificità e complessità delle procedure, nell'intento di rendere più agevole il percorso del paziente, si è deciso di istituire un ambulatorio di "consulenza di Neuroradiologia Interventistica" in cui saranno presenti i professionisti impegnati nelle successive procedure:

Dr. Mohammed Hamam

Dr. Andrea Fiacca

Dr. Roberto Pantaleoni

Per informazioni: segreteria del S.C. di Neuroradiologia dell'Ospedale S.Maria della Misericordia di Perugia al N° 075/5782314.

Riorganizzazione del SSR Umbro:

problemi di salute e modelli organizzativi per la sostenibilità.

Un contributo per il miglioramento del SSR di componenti delle società scientifiche:

- CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)
- SIQUAS (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria)
- SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)
- SITI (Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica)
- AIE (Associazione Italiana di Epidemiologia)
- SIMFER (Società Italiana di Medina Fisica e Riabilitativa)
- SIRN (Società Italiana di Riabilitazione Neurologica)

Gli estensori di questo documento hanno piena consapevolezza che la spinta odierna alla riorganizzazione del SSR è determinata dalla riduzione delle risorse, ma sono convinti che la congiuntura economica può rappresentare, se partiamo dai problemi di salute della popolazione umbra, un'occasione di miglioramento del sistema.

Quali sono i problemi di salute degli umbri. La popolazione in Umbria è sempre più anziana e gli umbri hanno bisogno di assistenza soprattutto per malattie croniche (ipertensione, diabete, ictus e insufficienza cardiaca, malattie broncopolmonari croniche-BPCO, tumori, malattie infiammatorie e neurodegenerative).

Si tratta di malattie di lunga durata, sempre più curabili, anche se non guaribili, che "accompagnano" le persone per molti anni della loro vita. Esse necessitano solo in minima parte di ricoveri ospedalieri, mentre:

- sono prevenibili, attraverso la promozione di stili di vita appropriati;
- sono curabili soprattutto ambulatorialmente o a domicilio o presso strutture intermedie. Inoltre, soprattutto tra i sempre più numerosi anziani, queste patologie si accompagnano a disabilità e non-autosufficienza, problemi che vedono l'Umbria ai primi posti in Italia.

A fronte di ciò, i cambiamenti sociali ed economici che attraversano anche l'Umbria rendono le famiglie sempre più fragili e impossibilitate a sostenere il carico assistenziale che viene loro silenziosamente assegnato, soprattutto attraverso il lavoro delle donne.

1. Le criticità del SSR umbro

E' chiaro che gli interventi sulla sostenibilità economica della Sanità umbra debbono necessariamente riconsiderare la rete ospedaliera, ma è inefficace concentrarsi pressoché esclusivamente sugli ospedali, a fronte di una situazione epidemiologica caratterizzata dalla crescente presenza di anziani e di patologie croniche.

Il documento regionale evidenzia soprattutto queste criticità:

- troppi ricoveri di media-bassa specialità nelle AO
- troppa mobilità passiva.

L'analisi su dati ministeriali 2010 1 evidenzia che

- l'Umbria ha più ricoveri ordinari per acuti della media nazionale (Umbria 119,37/1000 abitanti contro Italia 115,58); ed il confronto con la Toscana, regione

confinante e affine che ha attivato percorsi di sanità di iniziativa, indica un eccesso importante di ricoveri (Toscana: 104,53 ricoveri x 1000 abitanti): 15 ricoveri in più ogni 1000 abitanti, cioè circa 13.500 ricoveri in più all'anno (su un totale di 122.326 ricoveri ordinari per acuti nel 2010).

- Questo eccesso è in parte dovuto a ricoveri per patologie croniche; difatti i dati ministeriali evidenziano un tasso di ospedalizzazione più elevato della media nazionale:
- per insufficienza cardiaca (ricoveri x100.000 ab.>18aa- Umbria: 384,50; Italia 344,93; Toscana 323,26); ricoveri x100.000 ab.>65aa Umbria 1286,71; Italia 1267,05; Toscana 1078,30)

- per asma nell'adulto-ricoveri x100.000 ab -Umbria:

15,35; Italia 11,24; Toscana 7,65)

- per il diabete i ricoveri x100.000 ab. in Umbria sono più bassi della media nazionale (17,58 vs Italia 22,63), ma sono oltre il doppio di quelli della Toscana (7,32).
- Quanto alla questione della mobilità passiva essa è generata in primo luogo da ricoveri per interventi ortopedici (es: protesi d'anca e ginocchio) e da ricoveri riabilitativi (verosimilmente collegati).

Nella ASL 2 ad esempio questi ricoveri hanno rappresentato circa il 50% dei costi (6 milioni di euro) per mobilità passiva 2010.

- 2. La sostenibilità del SSR umbro A fronte di questo quadro epidemiologico i sistemi sanitari più avanzati anche italiani si sono posti il problema di gestire in modo più appropriato le malattie croniche e le condizioni acute più diffuse. Questo per garantire sostenibilità economica, evitare di frammentare e duplicare gli interventi e di ricoverare inutilmente in ospedale. Come ? Riorganizzando i servizi attraverso:
- la definizione di percorsi assistenziali condivisi
- azioni di sanità d'iniziativa
- il rafforzamento dei servizi territoriali.

Anche l'Umbria, per un SSR sostenibile, dovrebbe adottare un modello di sanità che punta ad assistere le persone il più possibile nel loro ambiente di vita, coinvolgendole nell'autogestione della patologia, a partire dalla prevenzione fino all'autocura.

Questo perché è dimostrato che

- costa meno alla comunità
- risulta essere più efficace
- è più gradito ai cittadini.
- 3. Le cose efficaci che non facciamo abbastanza In primo luogo quindi:
- sono necessari percorsi assistenziali e riabilitativi territorioospedale- territorio che forniscano a ciascuna persona un appropriato contesto di cura. Ed in cui i professionisti gestiscano in maniera coordinata i malati, evitando così frammentazioni e duplicazioni degli interventi. La priorità è costruire percorsi riabilitativi ed assistenziali per: ictus, infarto, frattura di femore, protesi d'anca/ginocchio, scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatie croniche;
- deve essere attivata la sanità di iniziativa, in cui i professionisti non si limitano a rispondere alla richiesta di assistenza, ma effettuano interventi attivi per prevenire le complicanze e per ridurre le riacutizzazioni e i re-ricoveri ospedalieri. Ad esempio una modalità organizzativa è l'"Expanded Chronic Care Model", che integra aspetti che riguardano la prevenzione primaria collettiva e i determinanti di salute, per la presa in carico globale del percorso di salute dei cittadini;
- si deve puntare, oltre che sulle cure domiciliari, anche sulle cure intermedie;
- le strutture ospedaliere ed extraospedaliere di Riabilitazione intensiva ed estensiva per le persone che possono trarre vantaggio da programmi riabilitativi;
- le RSA/residenze sanitarie assistite, l'hospice, gli ospedali di comunità, vengono incontro ai cittadini sia alla dimissione ospedaliera sia quando necessitano di un'assistenza complessa,

che non può essere garantita a domicilio, ma non richiede un ricovero in ospedale per acuti;

- l'ospedale di comunità costituisce una struttura intermedia flessibile, che può essere utilizzata per riabilitazione estensiva post-ictus, frattura di femore, protesi d'anca e di ginocchio, per cure palliative e per assistere soggetti in stato vegetativo;

- i servizi per l'Alzheimer (centri diurni, consultori Alzheimer) svolgono un importante ruolo

riabilitativo e di sostegno alle

famiglie. Deve essere sviluppata la prevenzione attiva per ridurre l'incidenza di malattie croniche e l'evoluzione delle cronicità, utilizzando modelli di intervento ormai sperimentati anche in Italia come ad esempio:

- azioni comunitarie e di ri-progettazione dell'ambiente urbano, per rendere facili le scelte salutari (come ad esempio Gruppi di cammino, Pedibus, Percorsi salute ecc);

- programmi di Attività Fisica Adattata per specifiche patologie (ad esempio mal di schiena, morbo di Parkinson);

- gruppi di auto aiuto per l'educazione e sostegno ai malati cronici.

Condizioni perché tutto questo si concretizzi sono:

- attivazione di un modello organizzativo di cure primarie che veda il cittadino veramente al centro del sistema, con la costruzione di una rete di professionisti che opera secondo ruoli e funzioni ben definite, creando team assistenziali multiprofessionali (MMG, PLS, medici di Continuità Assistenziale, infermiere, specialista, medico di distretto ecc) che si prendono carico del malato e garantiscono una assistenza 24 ore 7 giorni su 7, agendo sulla base di Linee Guida condivise.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali previste dall'ultima convenzione della Medicina Generale possono costituirne la base di partenza. Collegandosi con queste aggregazioni i Centri di salute possono così rappresentare una base di partenza verso l'evoluzione in Case della Salute.

- attivazione di un modello organizzativo per la definizione dei percorsi assistenziali/riabilitativi ospedale-territorio attraverso la presenza in ogni ospedale di emergenza di un servizio di riabilitazione che possa effettuare il "triage riabilitativo" in fase acuta collegato con la rete della riabilitazione territoriale
- sistemi di comunicazione e condivisione dei dati clinici informatizzati fra professionisti dell'ospedale e del territorio (e col cittadino), con l'obiettivo di creare una rete assistenziale informativa intorno al paziente, per evitare duplicazioni e rendere più agevole l'utilizzo dei dati clinici necessari per la continuità delle cure e sistemi informativi per la documentazione e la valutazione delle cure primarie, anche attraverso la integrazione dei sistemi già operanti.
- 3. Le cose non efficaci che dobbiamo cambiare Sarà impossibile questo cambiamento se non si interviene in maniera decisa rilanciando la funzione territoriale e razionalizzando la funzione ospedaliera.

Come?

a. riducendo ridondanze ospedaliere in termini di numeri di strutture ospedaliere. Ad esempio: - riducendo da tre ad una centrale 118 e razionalizzando la rete dell'emergenza, eliminando punti di primo soccorso inutili e pericolosi e sostituendoli con postazioni di 118 efficace-

mente collegate con i DEA

- rivedendo la rete dei punti nascita secondo le linee guida ministeriali (che prevedono la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti ed un riassetto di quelli che hanno un numero di parti compreso tra 500-1000) ed organizzando un adeguato sistema di trasporto neonatale - riducendo da sette a quattro le rianimazioni, da due ad una cardiochirurgia, da due ad una neurochirurgia.

b. ridefinendo alcune funzioni ospedaliere rispetto al bacino d'utenza; ad esempio (secondo

documenti dell'AGENAS e del Ministero della Salute) sono da prevedere:

- una emodinamica ogni 300-600.000 abitanti, riducendo da quattro a due le emodinamiche, ma rendendole attive h 24
- una ortopedia e traumatologia per 100.000 200.000 abitanti (attualmente ad esempio nel territorio della ASL 2 ne esiste 1 per 360.000 abitanti)
- più letti di Stroke Unit (e meno di Medicina) come già precisato dal PSR 2003-2005, come risposta efficace per la cura dell'ictus, che è la II causa ricovero medico in Umbria; nella ASL 2 ad esempio, dove si verificano circa 1000 ictus/anno, meno di 500 sono assistiti in Stroke Unit, mentre gli altri sono ricoverati in reparti di medicina.
- un Servizio di riabilitazione nell'Azienda Ospedaliera di Perugia che definisca i percorsi riabilitativi per le persone con disabilità secondaria ad eventi acuti, soprattutto per l'ictus e gli esiti di chirurgia ortopedica traumatologica e protesica dell'arto inferiore collegato con la Rete della riabilitazione regionale c. definendo con le regioni viciniori un piano per le alte specialità, in cui tenere conto:
- che il numero di residenti in Umbria ne preclude di norma l'attivazione;
- che quelle esistenti sono attive solo se ricevono pazienti da altre regioni;
- che accordi ben fatti garantiscono buoni esiti, sostenibilità e scambio di clinici d. trasformando ospedali di territorio in strutture territoriali: case della salute e/o strutture per le cure intermedie e. utilizzando un sistema di finanziamento che alimenti un ciclo virtuoso di appropriatezza anche a livello ospedaliero, abbandonando il sistema a tariffa per prestazione/ ricovero, in cui paga la malattia, per adottare un sistema a global budget, in cui paga la salute In ultimo una considerazione sulla soluzione di far gestire tutti gli ospedali di territorio dalle AO. Le Aziende Ospedaliere sono anche gli ospedali di territorio dei due capoluoghi (circa 280.000 abitanti, un terzo degli umbri !); e l'AO di PG è anche l'unico ospedale dell'emergenza per gli abitanti della ASL 2 (360.000 abitanti). L'utilizzo dei posti letto delle AO per ricoveri di media-bassa specialità è connaturato con la storia, la cultura e le tradizioni locali e non potrà essere eliminato semplicemente con una legge regionale. Inoltre questi ricoveri, soprattutto per pazienti anziani e cronici, debbono trovare una risposta anche geograficamente vicina. Perciò il ruolo di ospedale di città deve essere preso in carico delle AO come

componente essenziale della missione aziendale, alla pari con l'alta specialità e la ricerca. Come ?

Assumendo alla stregua delle ASL la responsabilità di lavorare per la costruzione di percorsi assistenziali che accompagnino i cittadini da un appropriato ricovero ospedaliero al domicilio, garantendo la continuità delle relazioni fra professionisti e fra servizi e riallineando interessi ed obiettivi fra ospedale e territorio, con obiettivi comuni, procedure/percorsi comuni, sistemi di comunicazione clinica informatizzata comuni.

- Filippo Bauleo Presidente CARD Umbria
- Damiano Parretti Presidente SIMG Umbria
- Daniela Ranocchia SIOUAS
- Guido Guarnieri Presidente SITI Umbria
- Marco Petrella Coordinatore AIE Umbria
- Maurizio Massucci e Mauro Zampolini
- direttivi nazionali SIMFER e SIRN



Appunti sul burn out

Dott. Leonardo Leonardi

E' passato del tempo da quando l'amico Tiziano Scarponi mi chiese di scrivere sul fenomeno del burn out nella professione medica. Il perché di questa lunga attesa è forse da ascrivere alla particolarità dell'argomento, per nulla semplice da trattare e che non penso di liquidare con una elenco di cifre statistiche o con lamentele sul disagio della nostro lavoro.

Perché un medico, tanti medici arrivano a non poterne più del proprio lavoro, a fuggirlo o ad accusare sintomi quali ansia, depressione, evitamento, indifferenza, apatia, senso d'impotenza, aggressività? In che modo questi sintomi possono coinvolgere colleghi di lavoro o ancor peggio i pazienti?

Perché un'attività ad alta valenza sociale ed etica come la medicina, si trasforma nel generatore di tristezza e di rifiuto in chi la esercita in prima persona? Perché svolgere compiti di responsabilità non solo clinica, ma anche economica induce sentimenti distruttivi verso ciò che è il prodotto di una vita di studio e di lavoro? Cos'è questa vera e propria *cupio dissolvi*, che può attanagliare ognuno di noi?

Tante domande per un evento che spesso accade negli anni della maturità lavorativa quando, la sommatoria di esperienza e conoscenze acquisite, produce sia capacità nell'agire professionale, che il proprio stile di vita e di lavoro.

Si è resistenti a trattare questo problema, un vero osso che sta nascosto dietro alla polpa del nostro lavoro, di cui si percepisce la presenza allorquando se ne sente la pressione e il dolore.

La relazione del medico con il lavoro si regge su un asse positivo, diremmo transfert, usando una parola tecnica, ma che possiamo tradurre con amore e stima. Un fatto generatore di quella volontà che si esprime negli atti quotidiani della pratica. Strana passione dovremmo dire, dato che è intrisa, in modo indissolubile, nel rapporto con la morte in tutte le sue espressioni: vale a dire come evento, o come degrado psichico, fisico e morale con cui il medico entra in contatto.

Dall'altra parte c'è il versante della propria morte, che riguarda il rapporto del medico con la propria esistenza e con il proprio corpo. Questione che il medico può dimenticare, o allontanare dalla propria coscienza, proprio grazie al fatto che si occupa del male degli altri. In altre parole allontana da sé questa triste idea tramite la rappresentazione dell'altro malato.

Il sapere scientifico d'altronde offre anche quegli strumenti che consentono al medico un apparente miglior controllo del proprio stato e quindi un modo per placare quest'angoscia fondamentale dell'essere umano. Essere tra queste due morti viverci tutti giorni, non è poca cosa, neanche nella medicina scientifica e tecnologica di oggi.

Per questo motivo, - il compito di stare vicino, a contatto attraverso i sensi, - con tutto ciò che è il rovescio del benessere, dello splendore della forma, del bello; tutto ciò nelle società ha sempre ricevuto un riconoscimento in termini di prestigio sociale del medico, con i conseguenti benefici economici e di status. Infatti l'identità, il percepire se stessi in una posizione di valore, conferisce una certa protezione rispetto al contiguità prolungata con il male. E' difficile dimenticare la prima autopsia a cui abbiamo assistito: l'incontro con la rappresentazione della devastazione del corpo e la sua caducità. La vicinanza con ciò che è brutto e degradato influisce sulla percezione di stessi e del mondo, mentre ciò che è bello (non solo in senso esteriore), fornisce una difesa verso ciò che colpisce i sensi e occupa i pensieri.

Non possiamo consolarci pensando al passato

in cui ruolo e status del medico conferivano di per sé notevole gratificazione e protezione; vale a dire immagine di sé soddisfacente solo come riflesso del riconoscimento sociale. Non c'è più questa rendita di posizione, anzi scienza, tecnologia e burocrazia de - soggettivano sempre più questo lavoro indirizzandolo verso compiti esecutivi e di controllo. Si può diventare funzionari della salute, ma con l'inconveniente che non si maneggiano soltanto delle carte.

Ciò che accade nei fenomeni di burn out, aldilà dei problemi soggettivi che ognuno può avere, è una condizione di rifiuto, respingimento, distacco da ciò che prima era l'oggetto dell'interesse di tutti i giorni. Di fatto il medico (ma in questa posizione possiamo considerare

anche gli altri operatori sanitari), può sentirsi assorbito in questo male che lo circonda, può sentire la propria persona così coinvolta da soffrirne a livello dell'estinzione del proprio desiderio. Da qui il rigetto.

Da Freud sappiamo che, la perdita dell'oggetto sta alla base dello scatenamento di un lutto e se questo non si risolve subentrano la depressione e l'angoscia. Si rimane bloccati, le sicurezze che prima facevano da collante con l'agire non ci sono più, il soggetto si vive come perso, può eseguire meccanicamente dei compiti

ma sente che non c'è, non è veramente lì ad operare con gli altri. In questo caso l'oggetto non è perduto realmente, come può accadere nei casi di emarginazione lavorativa (mobbing), ma è il professionista che non lo trova più. O meglio non ne riconosce più un valore, non esterna più interesse per ciò che fa. Professione dal latino professo: pubblica manifestazione di un sentimento o opinione. E' il soggetto che si ritira dal rapporto con l'altro, sfugge alle domande che l'altro gli pone e cerca di ignorarle. Chiamiamo ciò demotivazione, ma è di fatto la rinuncia, l'abbandono di se stessi e del proprio desiderio, per consegnarsi all'impotenza.

Questo ha un riflesso diretto nei gruppi di lavoro e con i pazienti. Un gruppo può essere utile ad assorbire questi problemi, perché una condizione di condivisione supporta l'identificazione con il proprio ruolo, attenua l'angoscia, diluisce il senso d'impotenza e può contenere l'aggressività. Il gruppo di lavoro può percepire le difficoltà del collega come un insuccesso dei propri metodi, oppure all'inverso l'operatore in difficoltà può essere vissuto come causa degli insuccessi e dei fallimenti (il cosiddetto capro espiatorio su cui converge la rappresentazione del senso di colpa) e così innescare condotte espulsive.

In definitiva nel burn out vediamo in gioco l'aggressività del singolo e del gruppo, i cui

effetti possono ricadere sulla qualità del lavoro con espressioni latenti o manifeste.

questione che Un vorrei sottolineare conclusione queste poche righe sull'argomento, è che il particolare rapporto del medico con il reale, l'impossibile della morte, è un rapporto che ha bisogno di senso. Cerco di spiegarmi: dal rapporto con la morte nasce la questione del senso dell'esistenza e ciò che chiamiamo l'etica. (da cui un'infinità di elaborazioni filosofiche). Per il medico guesto problema si pone tutti i giorni

e porta allo sviluppo di una propria filosofia nell'approccio con i problemi del male. Anche le soluzioni più ciniche ed edonistiche riflettono una posizione soggettiva rispetto al problema e probabilmente si innestano nello stile di lavoro proprio di ognuno. Ciò che mi sembra di cogliere nel burn out è la perdita di questa posizione, vale a dire della ricerca di senso nel lavoro, da cui il venir meno della capacità di riconoscersi negli effetti e negli affetti che in questo modo si producono. Naturalmente sarebbe utile discutere di quale etica e filosofia dovrebbero o potrebbero guidare meglio l'agire del medico, ma questo è un altro problema.



Contraria Sunt Complementa Ovvero gli Igienisti i Medici di Medicina Generale e i Paradossi della Sanità

Dott. Paolo Papi

Ho tenuto questo articolo per alcuni mesi nel "cassetto" del mio computer quasi come pagine di un diario segreto cui si affidano le riflessioni più sincere ma al tempo stesso scomode se non indicibili, ma dopo aver ascoltato l'ennesima esternazione di un alto dirigente della mia Azienda contro i Medici di Medicina Generale e pochi giorni dopo, da un collega, battute e rivendicazioni da

"Medico della Mutua", ho deciso di rompere gli indugi e di proporre alcune riflessioni come contributo e stimolo per quello che mi auguro possa essere un costruttivo dibattito.

è che la maggior parte di loro non ha mai provato di persona cosa significhi la durezza della relazione medico-paziente né la responsabilità delle scelte quotidiane nella gestione dei percorsi assistenziali degli utenti che mettono a dura prova affidabilità e competenza.

Ma è altrettanto vero che nelle conversazioni con amici e colleghi

del Servizio Sanitario
Regionale accade
spesso di ascoltare
aneddoti poco
edificanti sui Medici
di Famiglia o sui
colleghi di Continuità
Assistenziale.



Negli incontri tra colleghi di Medicina Generale è alquanto frequente ascoltare comportamento critiche sul degli "Igienisti" (dove con questo termine omnicomprensivo ci si impropriamente all'insieme dei quadri dirigenti delle Aziende sanitarie siano esse territoriali che ospedaliere), accusati di essere poco attenti ai nostri bisogni e incapaci di comprendere la complessità del lavoro che facciamo ma, al tempo di condizionarlo in grado stesso, significativamente.

Sono così polemici ed aspri i toni che si parla apertamente di una vera e propria *lobby* egemone.

Una delle affermazioni più frequenti

Imbarazzo e sconcerto in quanto, al contempo, Medico di Famiglia e Igienista di formazione e convinzione.

Con chi stare?

La cosa potrebbe apparire semplice se potessi risolverla con criteri calcistici ma da tecnico mi costringo a riflessioni razionali anche se non sempre facilmente oggettivabili.

Come è possibile che due pilastri fondamentali del SSN si contrappongano tra loro in termini e modi così poco lusinghieri e collaborativi?

Non si è forse formata la gran parte della "nomenclatura" della sanità regionale nella prestigiosa Scuola di Igiene dell'Università degli Studi di Perugia che

tanta parte ha avuto nella gestazione della riforma sanitaria di questo Paese e il cui cavallo di battaglia è stato l'Assistenza Sanitaria di Base?

A questo punto credo che una rilettura di un passato relativamente vicino quale è quello pre e post Riforma sanitaria possa fornire spunti di riflessione per la comprensione del presente.

Ricordo, perché ho vissuto la mia formazione professionale proprio a ridosso in quegli anni di grande conflittualità sociale, che uno dei *leitmotiv* di chi "abbracciava" la sanità pubblica era proprio la critica allo "strapotere dei camici bianchi" e la messa in discussione di quelle che venivano annoverate tra le istituzione totali: Ospedale psichiatrico in primis e gli Ospedali *tout court* perché anche essi strutture "segreganti" e in mano alla baronia medica.

Mi chiedo quanta influenza abbia avuto quel clima sulla formazione culturale e professionale di **noi igienisti** se pur nei limiti di una scelta personale e quindi non oggettivabile a distanza di trenta e passa anni mi rifiuto ancora di indossare un camice. anche quando potrebbe tornare utile, o mi trovo a pensare all'Ospedale con diffidente pronto a sottolinearne con asprezza quegli aspetti di struttura segregante e depersonalizzante che tuttora esistono. La domanda che ne consegue

La domanda che ne consegue è: quanto quel clima sociale e l'eventuale atteggiamento pregiudiziale dei singoli, la dove presente, possa aver influenzato la politica sanitaria regionale considerando che quella generazione di "igienisti" ricopre da decenni posti rilevanti nella Sanità Pubblica.

Ma vi è anche l'altra faccia della medaglia.

Erano gli anni della rapida e vorticosa transizione dal sistema mutualistico di assistenza ad uno sicuramente innovativo e rivoluzionario per i tempi ma ancora da radicare nel costume degli utenti e ancor più degli operatori; poco chiari i compiti del neonato Medico di Medicina Generale e la cultura dominante ancora quella del "Medico della Mutua" che continuava ad accudire da padre padrone il proprio gregge di assistiti e da padre padrone ne regolava le appartenenze future.

Quanta cultura residua rimane, tra i Medici di Medicina Generale, di quel "liberismo all'italiana" che rivendica autonomia ricusando qualsivoglia forma di controllo e qualsivoglia integrazione in un sistema articolato e funzionale?

Se e quanto quelle pregiudiziali ideologiche bipartisan possano essere state concausa dei ritardi nell'evoluzione e nell'integrazione dei Servizi territoriali nonostante le enfatiche enunciazioni dei documenti ufficiali, non è dato sapere. Siamo però al paradosso che, Regione che più ha dato per diffondere e consolidare la cultura dell'Assistenza Primaria la logica dominante nei fatti sia quella degli Ospedali e il numero delle strutture presenti sul territorio in rapporto all'esigua popolazione regionale ne è la prova più evidente. Al tempo stesso il settore che mostra i maggiori segni di una crisi non solo organizzativa e funzionale ma anche culturale è proprio quello dei Servizi di base e con essi i Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale.

Ma a questo punto appare insufficiente e oltremodo ingenuo pensare che alla base di tutto ciò vi siano solo pregiudiziali culturali e ideologiche. Un'altra metamorfosi si è affacciata e consolidata nel frattempo all'interno della Sanità Pubblica: in parallelo all'ideologico e funzionale ridimensionamento della figura del Medicosi è assistito alla crescente influenza della politica e dei politici, non già e non solo nell'indirizzo delle scelte, legittimo campo di appartenenza, ma nella gestione del quotidiano ed i tecnici che pur hanno colto in questi decenni la necessità di rivedere e ripensare i presupposti ideologici , culturali e metodologici del proprio lavoro sono ridotti al silenzio da un potere sempre più invasivo e condizionante.

Viene il sospetto che non avremo il piacere di pensare e vedere all'opera una futura generazione di Medici, siano essi di medicina generale o della nomenclatura del SSR, scevra da quelle zavorre ideologiche ancorché superate e anacronistiche perché sembra non esservi più spazio per la dialettica e per le riflessioni culturali: la "logica aziendalistica" ne può fare tranquillamente a meno.

Niente più *Scuole di pensiero*, quindi, a fornire spunti di riflessione culturali e tecnici ma solo una programmata e ferrea gestione del sistema in barba ai reali bisogni degli utenti, di cui si persegue l'acquiescente consenso, e un sistematico controllo sulla "fedeltà" degli operatori soprattutto se medici di cui si teme, non già l'anacronistica appartenenza ad una "classe padrona" ma quel poco o tanto che rimane di autonomia intellettuale.

Così dalla stigmatizzazione della "baronia medica" per neutralizzarne o ridimensionarne quello che era o appariva eccesso di potere si è giunti ad un clima di acquiescente e rassegnato allineamento ideologico umiliando sia la

libertà di pensiero sia il vero potere di un professionista cioè le sue capacità e competenze professionali.

Ma, paradosso dei paradossi, quei "vecchi e fedeli dinosauri bipartisan", ancorché ammantati di ideologie ormai anacronistiche, tornano oltremodo utili per il controllo del sistema e gli attacchi reciproci fanno parte se non di un programmato sicuramente di un condiviso minuetto.

Per i MMG è bastato agitare lo spauracchio di una condizionante dipendenza e di tanto in tanto paventare controlli amministrativi o legali per dividere e frammentare la categoria e rallentarne qualsivoglia reale integrazione all'interno del Servizio Sanitario; per i medici strutturati non voglio ne posso pronunciarmi ma l'aneddotica è quanto mai ricca ed eloquente.

Ma continuando a "ragionar per paradossi" l'abissale debolezza dei Medici di Medicina Generale rimane **l'unica forma di libertà** in un sistema che tende ad annullare professionalità e competenza e che tiene in scarsa considerazione i bisogni e la dignità di chi lavora.

Come trasformare questa debolezza in forza cosciente e funzionale ad un rinnovamento necessario e auspicabile? come superare le divisioni e la rassegnazione che porta a rifugiarsi nel proprio orticello sempre più angusto e meno remunerativo?

Quanto stonata appare a questo punto l'enfatica ed ipocrita esaltazione del "Ruolo fondamentale del Medico di Medicina Generale" che risuona in ogni occasione pubblica.

Quanta domanda impropria di salute

potrebbe essere ridefinita, e liste di attesa abbattute, se i Servizi territoriali agissero in modo sincronico e integrato e se i MMG avessero realmente la possibilità di agire da medici senza rischiare di perdere il paziente spinto dal costume imperante e da un sistema in continua ricerca di consenso verso un modello consumistico mascherato da diritto alla salute?

Ma come potremmo allora giustificare la moltiplicazione degli ospedali delle strutture diagnostiche pubbliche o pseudo pubbliche che siano?

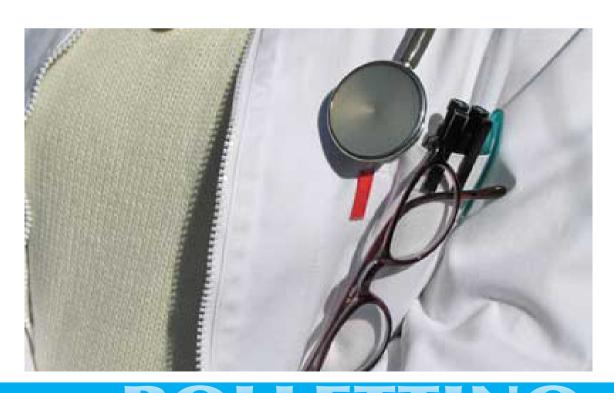
Fantapolitica ? forse. Ingenuità? sicuramente. Delusione? nessuna.

Tutto era già scritto nel DNA del nostro Paese e, ahimè, della nostra Regione dove gli opposti da sempre vengono fatti abilmente coincidere. P.S.

Quanto detto nulla toglie al fatto che il nostro Servizio Sanitario Regionale garantisce complessivamente livelli pregevoli di assistenza, soprattutto se paragonati a quelli di altre Regione ma è un sistema che si basa molto sulla dedizione e sulla serietà dei singoli e sembra voler scotomizzare altresì le molte ombre che si stanno delineano.

Ma quasi in un gioco di corsi e ricorsi storici, partecipando recentemente ad un eccellente Seminario di Bioetica, ho sentito parlare di nuovo di "Istituzioni totali, Franco Basaglia, violazione dei diritti del cittadino" e il giovane docente che relazionava portava esempi e aneddoti recenti tratti dalla realtà dei "NOSTRI OSPEDALI".

Viene da chiedersi: dove eravamo in questi anni? che ne è stato dei nostri principi? quale modello di sanità abbiamo realizzato?



Dorso Curvo Osteocondritico

Dott. Luciano Ferrini

Il motivo che induce a scrivere delle note attuali su questo quadro patologico è il modesto interesse che esso ha sia presso i medici di base che presso gli specialisti sia pediatri che ortopedici. Esso ha sempre avuto il ruolo di deformità di secondaria importanza e di minore gravità rispetto alle deviazioni scoliotiche, interessa comunque dallo 0,5 all' 8% della popolazione secondo le ultime statistiche.

Questa situazione ha delle conseguenze importanti in quanto la malattia può passare del tutto misconosciuta ed evidenziarsi solo quando non è possibile mettere in atto alcuna

terapia o mettersi in evidenza troppo tardi quando le terapie possono dare pochi risultati.

Questa affezione è nota anche sotto il nome di "Dorso curvo giovanile" o meglio come "Morbo di Scheuerman" dal medico che nel 1920

l'ha descritta per primo. L'età di comparsa è intorno ai 12-13 anni, il sesso prevalente è quello maschile.

L'eziopatogenesi non è ancora chiarita del tutto, probabilmente vi è nel suo determinismo un insieme di più fattori. Vi può essere un fattore genetico in quanto è nota l'osservazione di intere famiglie affette; un fattore ormonale dovuto ad una iperincrezione della somatotropina dal lobo anteriore dell'ipofisi che determina un grado di maturità scheletrica in anticipo rispetto all'età cronologica, nonché il raggiungimento

precoce della fine dell'accrescimento. I fattori ambientali e le ipotesi dismetaboliche necessitano di ulteriori studi.

Il segno clinico fondamentale è dato dalla comparsa di una cifosi a largo raggio progressivamente ingravescente, l'apice della curva è più frequentemente a livello della settima-ottava vertebra dorsale. Più raramente si riscontra una cifosi dorso-lombare con apice sulle prime vertebre lombari. Un secondo segno è rappresentato dalla rigidità della cifosi con concomitante e primitiva strutturazione della stessa. Pertanto i vari test di correggibilità risultano significativamente negativi. Il

sintomo dolore è presente solo nel 20% dei casi ed in genere non compare precocemente.

I m p o r t a n t i le immagini radiografiche che permettono di fare diagnosi differenziale con altri tipi di dorso curvo (astenico,

strutturale, posturale, congenito, secondario ad altre patologie, ecc.). Le irregolarità dell'anello marginale di accrescimento del corpo vertebrale da anomala calcificazione metafisaria è un primo segno. Inoltre è presente una irregolarità del piatto vertebrale che assume un andamento ondulato, nonché delle ernie intraspongiose a localizzazione al terzo posteriore dei corpi vertebrali (ernie di Schmorl). Infine si evidenzia una deformità a cuneo del corpo vertebrale. Il numero delle vertebre interessate dalla sopraddetta deformità è vario.



Le alterazioni istologiche sono ben note: a livello dei piatti vertebrali, dove si verifica l'accrescimento, aree di cartilagine alterata alternata ad aree normali; alterazione della matrice con diminuzione delle fibre collagene che appaiono anche più sottili ed aumento del contenuto di proteoglicani con diminuzione delle glicoproteine strutturali; alterazioni cellulari che appaiono di forma differente rispetto alla norma con disposizione a gruppi. processo di ossificazione encondrale così ad essere profondamente alterato con ovvia conseguente alterazione

dell'accrescimento longitudinale della vertebra.

Il processo patologico è certamente evolutivo nel tempo fino alla della comparsa guarigione. Quest'ultima stabilizza la deformità che si è venuta instaurando e che sarà tanto più grave quanto più accentuato è stato il processo patologico e quanto più immatura era la struttura scheletrica al suo insorgere. La prognosi pertanto è da considerarsi sfavorevole sotto il profilo clinico se la malattia viene lasciata al suo decorso spontaneo. La diagnosi non pone particolari

difficoltà data la caratteristica delle

lesioni sia cliniche che radiografiche. Il trattamento del dorso curvo osteocondritico è differente a seconda di quando viene effettuata la diagnosi. Se questa avviene nel periodo evolutivo, caratterizzato dal tipico quadro radiografico, va costantemente e precocemente trattato con apparecchi gessati e/o ortopedici che permettono la guarigione delle lesioni senza che possano instaurarsi le deformità vertebrali. Il trattamento deve essere protratto fino alla comparsa dei segni radiografici di guarigione che, data l'età media dei pazienti, avviene nel giro di circa 2 anni dalla comparsa della malattia.

Un primo tipo di trattamento è quello che prevede la utilizzazione del "gesso antigravitario secondo Risser", che ha certamente dato buoni risultati ma pur tuttavia

presenta alcuni inconvenienti primo tra tutti che, pur dando una buona correzione, non permette trattamenti prolungati con il rischio di avere una perdita di correzione rapida dopo la sua rimozione. Un secondo tipo di trattamento prevede la utilizzazione di apparecchi ortopedici (Milwaukee, Boston Brace, corsetti antigravitari tipo Cotrel, ecc.), più accettati dai pazienti rispetto agli apparecchi gessati che permettono dei trattamenti prolungati nel tempo con minima possibilità di perdita della correzione. Un terzo tipo di trattamento è quello combinato, che solitamente è riservato

ai casi giudicati più gravi. Con l'apparecchio gessato antigravitario tipo Risser utilizzato solo per breve tempo e nella fase di correzione iniziale si ottiene il massimo del risultato che successivamente viene mantenuto mediante i vari busti ortopedici sovra menzionati. L'utilizzazione di questi ultimi inoltre permette una progressività nell'abbandono, pertanto con una minore perdita della correzione avvenuta.

Quando il processo osteocondritico è spento e vengono alla nostra osservazione gli esisti stabilizzati il trattamento è solo fisioterapico.

L'applicazione del busto ortopedico è limitato ai soli casi in cui sia presente il dolore e con il precipuo scopo, non di ottenere una riduzione della deformità, ma un riposo transitorio delle masse muscolari impegnate nel mantenere una statica non fisiologica.

Il seguire fedelmente le direttive sopra esposte ha portato negli ultimi anni ad ottenere buoni ed ottimi risultati sia clinici che radiografici.

BIBLIOGRAFIA

CRAIG EDWARD V. *Cifosi giovanile*. Ortopedia Clinica. Volume I pagg. 372-377, 2005

BRADFORD D.S. e Al. **Scheuerman Kyphosis and Roundback Deformity**. J.B.J.S. Vol. 56A, 4, 740-758, 1974

WINTER R.B. e Al. *Kyphosis in childhood and adolescence*. Spine, Vol.3, n.4, 285-308, 1978

La chirurgia laparoscopica nel trattamento del tumore della prostata

Dott. Luigi Mearini, Prof. Massimo Porena, Clinica Urologica Azienda Ospedaliera di Perugia

Il tumore della prostata rappresenta una neoplasia ad elevata incidenza, con notevoli implicazioni sia dal punto di vista sociale che economico. Il cancro della prostata è un tumore particolarmente rilevante negli anziani. I tassi di incidenza e di mortalità aumentano esponenzialmente con il crescere dell'età con una pendenza maggiore di ogni altro tumore maligno.

chirurgica La terapia del carcinoma prostatico è il trattamento di scelta nei pazienti con neoplasia localizzata, cioè per gli stadi T1 (T1b, T1c) e T2, con malattia NO ed MO. I criteri di indicazione alla prostatectomia radicale sono: presenza di un carcinoma in stadio clinico localizzato, aspettativa di vita superiore ai 10 anni, assenza di controindicazioni alla terapia chirurgica, adeguato consenso informato. Le controindicazioni, assolute o relative, a questa opzione terapeutica sono: età avanzata, alto rischio anestesiologico e/o operatorio, alto rischio per patologie tromboemboliche, turbe della coagulazione, forte motivazione al mantenimento della potenza sessuale e di una perfetta continenza urinaria

La prostatectomia radicale, termine tecnico con cui si intende l'asportazione della prostata assieme alle vescicole seminali e ai linfonodi, e' un intervento complesso, di non facile esecuzione, che è stato ed è ancora fiore all'occhiello degli urologi dopo le prime modifiche apportate dall'americano Patrick Walsh con la sua tecnica "nerve sparing",

ed ha subito nel tempo tante modifiche, anche personali, per migliorarne i risultati in termini di guarigione dalla malattia ma soprattutto in termini di riduzione delle complicanze e degli effetti collaterali.

Nasce come intervento chirurgico a cielo aperto o 'open', secondo un termine anglosassone in uso comune, che prevede una incisione sulla parete addominale, al di sotto dell'ombelico. La prostata anatomicamente e' posizionata in una posizione angusta, al di sotto della vescica e nella profondità dello scavo pelvico, e l'avvento della laparoscopia ha aiutato i chirurghi permettendo una visione ottimale che a cielo aperto è talora difficile per la posizione dell'organo.

Tutti gli interventi chirurgici , compresi quelli più banali, comportano una certa percentuali di rischi generici e di complicanze. Le piu' comuni complicanze della chirurgia radicale della prostata comprendono le perdite ematiche, sia in corso d'intervento sia nell'immediato post operatorio, che possono avere bisogno di trasfusioni, il formarsi di un ematoma, di solito a risoluzione spontanea, mentre meno comuni sono le lesioni del retto e dell'uretere.

Pu' frequenti sono le sequele riguardanti la continenza urinaria e la potenza sessuale, che spesso vengono considerate dal paziente come complicanze o conseguenze 'normali' di questa chirurgia. In realtà,

l'affinarsi delle tecniche chirurgiche e l'introduzione delle tecniche mininvasive nasce anzitutto dalla necessità di ridurre queste conseguenze, sia perché il tumore della prostata interessa sempre piu' pazienti giovani, sia perché sempre piu' le procedure mediche e chirurgiche devono tenere conto della qualità di vita dei nostri pazienti.

radicale La prima prostatectomia laparoscopica è stata descritta Schuessler nel 1992 ma solo dal 1997 la tecnica laparoscopica è stata standardizzata ed eseguita in modo riproducibile. Da

allora. diverse scuole laparoscopia hanno di codificato questa procedura mini-invasiva е hanno dimostrato i suoi vantaggi. Oggi l'esperienza ci ha permesso di elaborare vari metodi per migliorare la continenza e l'impotenza, che sono stati fino ad oggi i due grandi drammi di quest'intervento chirurgico.

Nel corso dell'intervento, lo sfintere (muscolo deputato a trattenere le urine) può danneggiato risultare

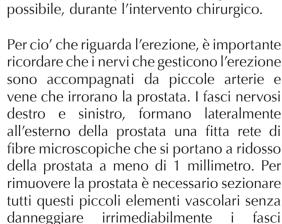
perdendo la sua funzione. La perdita di tono muscolare non gli consente più di chiudere il canale uretrale, facendo sgocciolare all'esterno quantità variabili di urina, generalmente sotto sforzo. Durante la notte le perdite di urina sono indiscutibilmente inferiori e in alcuni casi assenti. Esistono infine rari casi di incontinenza completa. Ouesta incontinenza dura da poche ad alcuni mesi. settimane raramente oltrepassa l'anno. Spesso è necessaria una riabilitazione eseguita dal paziente stesso con esercizi giornalieri, e può essere associata a una vera e propria

riabilitazione del pavimento pelvico, con elettrostimolazioni e biofeedback, anche se in definitiva il trattamento migliore dell'incontinenza è la sua prevenzione al tavolo operatorio.

si traduce in Ouesto una accurata preparazione del piano muscolare, con isolamento del bordo uretrale e dell'apice prostatico, in un accurato isolamento e risparmio del fasci vascolo-nervosi, in un risparmio delle fibre circolari lisce del collo vescicale, e nel confezionamento di una anastomosi vescico-uretrale che al

> tempo stesso garantisca impermeabilità alle urine nella fase di cicatrizzazione libero transito delle successivamente stesse alla rimozione del catetere vescicale. La tecnica laparoscopica, evoluzione della chirurgia open, grazie soprattutto alla magnificazione ottenuta con l'ausilio del sistema ottico, consente una piu' agevole identificazione delle fini strutture anatomiche da risparmiare, quando oncologicamente

possibile, durante l'intervento chirurgico.



nervosi, e nello stesso tempo senza lasciare



margini chirurgici positivi, che si possono tradurre in una incompletezza dell'atto chirurgico.

Con la tecnica laparoscopica, la dissezione di queste esili strutture è più agevole, preservando con maggior facilità i fasci nervosi. Il recupero funzionale dell'erezione è in genere piu' precoce nella tecnica laparoscopica rispetto alla tecnica a cielo aperto.

Più recentemente, la prostatectomia radicale laparoscopica è stato implementata utilizzando il robot da Vinci, che unisce ai vantaggi della laparoscopica convenzionale la visione tridimensionale e la possibilità di un movimento piu' semplice e preciso degli strumenti operatori. Tale metodica però risulta essere a nostro giudizio troppo costosa rispetto ai vantaggi che offre.

La prostatectomia radicale laparoscopica è ormai una procedura ben consolidata e standardizzata. E' stata dimostrata la riduzione delle perdite ematiche rispetto alla prostatectomia retropubica open, oltre agli ovvi vantaggi della assenza di una incisione addominale con la relativa ferita chirurgica, garantendo cosi' un piu' precoce recupero del paziente.

La valutazione dei potenziali benefici della procedura per quanto riguarda la continenza post-operatoria e la conservazione della funzione erettile sono lusinghieri.

I risultati oncologici e la percentuale di margini chirurgici negativi sembrano essere più legati alla tecnica di conservazione dell'erezione (tecnica nerve-sparing) e allo stadio della malattia che non alla tecnica laparoscopica rispetto alla convenzionale chirurgia a cielo aperto.

Quando è possibile, per caratteristiche del paziente e della patologia di cui è affetto, utilizziamo sempre questo approccio nella nostra pratica clinica.



Relazione del Tesoriere Conto consuntivo 2010 - bilancio di previsione 2011 assestato - bilancio di previsione 2012

Cari Colleghi, questa mattina vengono sottoposti all'esame e all'eventuale approvazione da parte di questa Assemblea il Conto Consuntivo 2010, l'assestamento del Bilancio di Previsione 2011 e il Bilancio di Previsione 2012.

I tre suddetti schemi di Bilancio sono stati redatti in base al vigente Regolamento per

l'Amministrazione e la Contabilità. elaborato dalla F.N.O.M.C.eO. ed approvato dal Consiglio Direttivo, e sono formulati in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare periodo riferimento) e di (entrate cassa uscite che si

verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato indipendentemente dal periodo in cui sono maturate).

Essi sono espressione degli **obiettivi** che il Consiglio intendeva realizzare nel corso del corrente mandato (2009-2011):

1) estinzione totale del mutuo contratto con l'ENPAM entro il 31/12/2011, in modo da evitare l'indicizzazione del tasso di interesse, che appesantirebbe il Bilancio stesso con oneri passivi elevati e di importo incerto fino al momento del loro pagamento;

2) riduzione al minimo dei residui attivi derivanti da quote di iscrizione non pagate anche grazie alla stipula della convenzione con la Cassa di risparmio di Fabriano e Cupramontana per la riscossione delle quote di iscrizione tramite MAV o RID.

<u>Tale procedura</u>, oltre che essere economicamente più vantaggiosa

per l'Ordine. anche <u>più veloce,</u> precisa, comoda e <u>trasparente</u> poiché informazioni incassi sugli conseguentemente, mancati pagamenti verranno effettuate con cadenze stabilite nel contratto sottoscritto.

Il primo obiettivo è stato raggiunto

a giugno 2011 con sei mesi di anticipo rispetto a quanto prefissato. Il secondo è in funzione dell'anno 2010.



CONTO CONSUNTIVO 2010

Il Conto Consuntivo 2010 è stato approvato dal Consiglio, con il parere positivo del Collegio dei Revisori dei Conti, il 11/04/2011 ed evidenzia il risultato positivo effettivo (Avanzo di Amministrazione) della gestione. Il dato di partenza è, comunque, il Fondo di Cassa alla fine dell'esercizio 2010 pari ad € 416.946,91.

1) TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO DI CASSA AL 31/12/2010

FONDO DI CASSA AL 01/01/2010 \in 384.889,25 + Riscossioni effettuate in c/competenza \in 581.581,33 + Riscossioni effettuate in c/residui \in 64.523,50 - Pagamenti effettuate in c/competenza \in 508.345,62 - Pagamenti effettuate in c/residui \in 94.708,15 FONDO DI CASSA FINALE AL AL 31/12/2010 \in 427.940,31

Dal Fondo di cassa al 31/12/2010 aggiungendo i Residui attivi e sottraendo quelli passivi si ottiene l'Avanzo di Amministrazione dell'esercizio 2010 pari ad € 416.946,91.

2) TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2010

Analizzando le varie voci di Bilancio si può osservare come il TOTALE DELLE ENTRATE di competenza dell'esercizio 2010 è costituito principalmente dalle quote di iscrizione all'Albo, mentre il TOTALE DELLE ENTRATE in c/residui è costituito principalmente dalle quote di iscrizione che ancora non erano state incassate e relative agli anni antecedenti il 2010.

Per quanto riguarda, invece, il TOTALE DELLE SPESE CORRENTI (personale, indennità organi istituzionali, bollettino, consulenze e collaborazioni...) di competenza dell'esercizio 2010 va rilevato che è in linea sia con le previsioni sia con quanto speso negli esercizi precedenti.

Per quanto riguarda le SPESE IN CONTO CAPITALE in c/competenza sono costituite dalle quote capitali del mutuo contratto con l'ENPAM pari ad € 40.375,42 e dalla decurtazione parziale del mutuo decisa dal Consiglio e pari ad € 40.351,40.

Tutte le spese sono state regolarmente autorizzate e sono completamente documentate. Tutte le scritture sono state seguite in conformità alle norme a ai regolamenti vigenti ed i dati sono riportati nelle allegate tabelle del bilancio consuntivo di entrate ed uscite relative all'anno 2010 e sono state controllate dal Collegio dei Revisori dei Conti.

ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2011

Il Bilancio di Previsione per l'anno 2011 è stato approvato dal Consiglio nella seduta del 13/12/2010 e dall'Assemblea degli iscritti nella seduta del 18/12/2010.

Tale schema, formulato in termini finanziari di competenza e di cassa, presentava, l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2011 di € 372.545,27 (tabella 2). Poiché il Bilancio così formulato si basava su delle stime effettuate in base ai dati in nostro possesso alla fine di novembre 2010, una volta che si è proceduto a redigere il Conto Consuntivo dell'anno 2010 occorre "correggere il tiro", cioè a dire assestare il Bilancio di Previsione 2011. Dal Conto Consuntivo 2010 sono stati determinati: il Fondo finale di cassa effettivo, i residui attivi definitivi ed i residui passivi definitivi che sono poi stati riportati nel Bilancio Preventivo 2011 Assestato che perciò presenta il seguente AVANZO DI AMMINISTRAZIONE:

3) TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
FONDO DI CASSA AL 31/12/2010	€ 402.489,41	€ 427.940,31
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2010	€ 97.461,77	€ 104.054,41
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2010	€ 127.045,91	€ 115.047,81
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE		
AL 31/12/2010	€ 372.545,27	€ 416.946,91

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

4) BILANCIO DI PREVISIONE 2011 COMPETENZA

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
Avanzo di Amministrazione	€ 372.545,27	€ 416.946,91
Entrate CORRENTI	€ 504.311,00	€ 504.311,00
Entrate in CONTO CAPITALE	€ 0	€ 0
Entrate per PARTITE GIRO	€ 180.289,00	€ 180.289,00
TOTALÉ GENERALE DELLE ENTRATE	€ 1.057.145,27	€ 1.101.546,91
Spese CORRENTI	€ 773.856,27	€ 810.257,91
Spese in CONTO CAPITALE	€ 103.000,00	€ 111.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO	<u>€ 180.289,00</u>	€ 180.289,00
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€ 1.057.145,27	€ 1.101.546,91

BILANCIO DI PREVISIONE 2012

carico Ordine, Consumi, ...)

Il dato fondamentale di partenza del Bilancio di previsione è l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2012, calcolato tenuto conto del fondo di cassa presunto e dei residui attivi e passivi presunti al 31/12/2011. Il fondo di cassa presunto si può desumere dalla tabella seguente ove si evidenzia che il fondo cassa finale presunto al 31/12/2011 è di **490.478,47.**

5) TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2011

SALDO C/C BANCARIO AL 30/11/2011 SALDO CASSA CONTANTI AL 30/11/2011 TOTALE DISPONIBILITA' AL 30/11/2011	€	577.770,88 2.249,05 580.019,93
+ ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2011 (Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip)	€	11.770,34
- SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2011 (Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13^, Onorif. agli iscri		101.311,80 Imposte e tasse a

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2011 € 490.478,47

Alla luce di quanto sopra si può ipotizzare l'avanzo di amministrazione all'01/01/2012 di € 458.684,80.

6) TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2012

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2011

€ 490.478,47

+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2011

€ 86.054.32

(Quote iscrizione non ancora incassate, contributi c/FNOMCeO da incassare...)

- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2011 (Fondo TFR, Accantonamento TFR, € 117.847,99 spese correnti varie: pulizia, bollettino, consumi, procedure Informatiche...)

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2012

€ 458.684.80

BILANCIO DI PREVISIONE 2012 (Competenza)

ENTRATE

Avanzo di Amministrazione Presunto	€	458.684,80
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2011)	€	489.779,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità		
Nulla osta pubblicità sanitaria, interessi)	€	28.800,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	€	0
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	€	0
Entrate per PARTITE GIRO		
(Incasso ritenute compensi Consiglieri, Consulenti,		€ 181.421,00
Dipendenti quote c/FNOMCeO)		

TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE

€ 1.158.684,80

Per quanto riguarda le SPESE CORRENTI di competenza sono previste sostanzialmente in linea con quelle degli anni scorsi. Le SPESE IN CONTO CAPITALE, invece, sono rappresentate dall'eventuale acquisto di ulteriore arredamento per la sede, ad esempio delle <u>sedie per la Sala riunioni</u>, dagli eventuali interventi sugli <u>impianti per la video-proiezione</u>, dall'acquisto di nuove procedure e strumenti informatici.

USCITE

Spese CORRENTI (Spese convocazione assemblea, indennità	Consiglieri stipendi,
condominio, pulizia consumi energia elettrica, acqua gas, postali,	internet, consulenze,
assistenza e manutenzione procedure Informatiche, macchine)	€ 862.263,80
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni,	€ 115.000,00
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	
(Quote capitali x estinzione mutuo)	€ 0
Spese per PARTITE DI GIRO (Versamento ritenute su	
compensi Consiglieri, Consulenti, Dipendenti, quote c/FNOMCeO)	€ 181.421,00
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€ 1.158.684,80

Le ENTRATE e le USCITE PER PARTITE DI GIRO sono sostanzialmente analoghe a quelle dello scorso anno.

BILANCIO DI PREVISIONE 2012 (Cassa)

ENTRATE

Fondo iniziale di cassa presunto al 01/01/2012

Entrate CONTRIBUTIVE

Entrate DIVERSE

Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI

Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI

Entrate per PARTITE GIRO

TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE

USCITE

Spese CORRENTI
Spese in CONTO CAPITALE
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI
Spese per PARTITE DI GIRO
TOTALE GENERALE DELLE SPESE

CASSA

€ 490.478,47

€ 552.312.56

€ 28.800.00

€ 0

€ 0

€ 204.941,76

€ 1.276.532,79 ==========

CASSA

€ 904.242,73

€ 163.667,44

€ 0

€ 208.662,62

€ 1.276.532,79

L'abusivo cagiona lesioni dolose

L'abusivo che esegue prestazioni odontoiatriche senza averne titolo, se causa un danno al paziente, risponde di lesioni dolose e non solo colpose. Questa l'affermazione della seconda sezione penale della Corte di Cassazione che, con sentenza n. 48074/11, ha modificato l'accusa originaria a carico di un falso dentista. Eseguire cure odontoiatriche in violazione delle "leges artis" comporta per l'abusivo

di rispondere per dolo, in quanto egli è perfettamente consapevole di non avere le competenze necessarie per prestare le cure odontoiatriche e, quindi, le lesioni che provoca sono un danno il cui rischio egli è disposto a correre, pur di compiere i propri atti abusivi. E a nulla vale, conclude la Cassazione, che il finto dentista abbia agito nella convinzione di curare il paziente: se si dovesse tener conto di questa "convinzione" si finirebbe per consentire l'esercizio delle attività sanitarie a chiunque, anche se non abilitato. E questo, conclude la Cassazione, non è accettabile.

La relazione del Presidente



il presidente dott. Graziano Conti

L'assemblea si è aperta con il saluto del Presidente a tutti presenti, in particolare ai medici chirurghi e gli odontoiatri neo - iscritti che per la prima volta partecipavano a questo appuntamento annuale e ai colleghi laureati nel 1961 che festeggiavano i cinquanta anni di laurea.

Prima di passare agli argomenti posti all'ordine del giorno vi è stata la commemorazione dei trentatre colleghi che ci hanno lasciato nell'arco di tempo che va dalla assemblea dello scorso anno ad oggi. A loro i presenti hanno rivolto il proprio pensiero e hanno dedicato un minuto di raccoglimento.

Sono: Enrico BARATTA, Alberto BERTOTTO, Gianfranco BIZZARRI, Pierfrancesco BORRI, Elisabetta BRACARDA, Giuseppe CALABRESE, Paolo CALANDRA, Giorgio CIUFFINI, Annibale ESPOSITO, Agostino FIACCA, Rita IBBA, Alfredo LIOTTI, Maria Serena LUNGAROTTI, Leonardo MACELLARI, Liviana MATTELLI, Giacomo MICHELANGELI, Michele MICHELI, Adolfo PAMBIANCO, Angelo Primo PAZZAGLIA, Carlo POLIDORI, Carlo RAMBOTTI, Ferdinando ROSSI, Nicola SACCO, Anna SEBASTIANI, Simonetta SETTONCE, Franco SFRAPPA, Massimo SPERANDIO, Alberto SPOSINI, Domenico TAZZA, Domenico TESTA, Franco TEZA, Domenico TIMI, Mario TONELLI.

Successivamente si è passati al 1° punto all'ordine del giorno che prevedeva la illustrazione, la discussione e la votazione dei bilanci. Sono stati presentati, dopo la verifica del Collegio dei revisori, dal Tesoriere, dott. Antonio Montanari, e in altra parte del giornale ve ne diamo puntuale informazione. L'assemblea, all'unanimità, ha ratificato il rendiconto finanziario dell'anno 2010 e l'assestamento del bilancio preventivo 2011, già approvati Consiglio Direttivo nella seduta dell'11.04.2010 ed ha approvato il Bilancio di previsione 2012 licenziato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 12.12.2011.

Subito dopo vi è stata la relazione del Presidente che ha dedicato qualche minuto alla attività degli uffici e degli organi statutari rilevandoinnanzituttol'altolivellodicapacità e di professionalità che contraddistinguono il nostro personale, e ricordando alcuni punti importanti da un punto di vista gestionale quali la predisposizione di un nuovo albo professionale aggiornato, l'implementazione della nuova anagrafica in linea con i nuovi parametri indicati dalla FNOMCeO e dall'ENPAM, anche ai fini del collegamento con il COGEAPS per

la trasmissione e la rilevazione dei crediti ECM acquisiti; il sito ampiamente innovato e modificato con nuovi servizi; la possibilità dal portale dell'ordine, previa registrazione, di stamparsi da casa i certificati di iscrizione all'Ordine professionale, con risparmio per gli iscritti di tempo, viaggi e denaro.

Dopo un doveroso riconoscimento a tutti i componenti della commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri per la loro attività e la fattiva collaborazione il presidente ha rivolto un caloroso saluto ai colleghi che, dopo le recenti elezioni per il rinnovo degli organi statutari dell'Ordine hanno lasciato, per loro scelta, il Consiglio: i dottori Maria Antonietta De Santis, Alessandro La Medica, Ezio Bertoldi rivolgendo loro un grazie per l'impegno profuso, per la costanza con cui hanno seguito l'attività ordinistica, per l'efficienza e l'efficacia nel perseguire gli obiettivi stabiliti.

Per quanto riguarda la situazione degli iscritti al **18/12/2011**, il presidente ha fatto presente i seguenti dati: Iscritti Albo Medici Chirurghi N. 4715, Iscritti Albo Odontoiatri N. 701, Doppie iscrizioni N. 358, Persone fisiche N. 5058, con le seguenti variazioni nell'anno: Incremento iscrizioni albo Medici Chirurghi +45 risultante da 127 iscrizioni (nuove e per trasferimento) e 82 cancellazioni (richiesta, trasferimento,

morosità e decesso), Incremento iscrizioni albo Odontoiatri +13 risultante da 24 iscrizioni (nuove e per trasferimento) e 9 cancellazioni (richiesta, trasferimento morosità e decesso), Saldo negativo per le doppie iscrizioni -6 risultante da 2 nuove iscrizione e 8 cancellazioni.

Per quanto attiene alla Formazione è stato ricordato l'impegno costante dell'Ordine verso gli iscritti con incontri organizzati direttamente o fornendo assistenza e collaborazione ad altre iniziative o, infine, concedendo in uso la sala per attività di carattere formativo; l'adesione al progetto FNOMCeO in rete, il proseguimento della collaborazione con l'Università di Perugia nel campo degli Esami di Abilitazione nell'insegnamento della Medicina Generale nell'ambito del corso di laurea e la collaborazione per lo svolgimento del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, con la Regione e la Scuola Regionale di Amministrazione Pubblica di Villaumbra.

La relazione è proseguita con alcune riflessioni sulla la vita della nostra categoria. In particolare il Presidente prendendo lo spunto dai recenti avvenimenti sul versante economico/finanziario e politico ha fatto riferimento alle condizioni che rendono ancora più incerte e confuse le



la sala durante la relazione del presidente dott. Graziano Conti



scorcio della sala

sorti ed il merito di quei provvedimenti che direttamente ci riguardano, aprendo lo spazio a decisioni tagliate con la scure e con la forza di una normazione di emergenza (ENPAM). Citando il presidente nazionale ha ricordato che

noi siamo medici, lavoriamo con le persone ed ogni giorno ci confrontiamo con il loro vissuto e non potevano certo sfuggirci i segni di un disagio economico e sociale che ha già travolto i ceti più fragili e i nuovi fragili (pensionati sociali, giovani disoccupati o precari, meno giovani non più occupati, famiglie monoreddito, piccole imprese e attività commerciali) e che risucchia verso il basso strati sociali intermedi.

Anche la nostra categoria bloccata nei contratti e nelle convenzioni e con attacchi al nostro sistema previdenziale. Ma se i sacrifici richiesti alla collettività in questa contingenza straordinaria debbano sicuramente servire ad incentivare le imprese e il lavoro dei giovani, a migliorare l'efficienza dei servizi pubblici e privati, compresi quelli in cui lavoriamo, nello stesso tempo dobbiamo esigere che si ponga altrettanto impegno nell'investire risorse finanziarie per innovare il sistema formativo pubblico, quale fondamentale costruttore di pari opportunità sociali e civili

per le giovani generazioni, e mantenere alti gli standards di tutele assistenziali dei più fragili.

Per quanto attiene alla sanità il presidente ha ricordato come autorevoli studi di economia sanitaria abbiano stimato che i tagli lineari del finanziamento pubblico alla sanità degli ultimi anni, ma soprattutto le due finanziarie estive 2011, porteranno nel prossimo triennio il rapporto spesa sanitaria pubblica/ PIL, al 6,3-6,4%; circa mezzo punto in meno dell'attuale, quasi un punto percentuale al di sotto la media UE, un calo di risorse disponibili di circa sette/dieci miliardi di euro di euro in valore assoluto. Con guesta previsione di risorse, al netto di tutte le necessarie misure per portare ad efficienza i costi e nell' attesa messianica dell'introduzione dei costi standard dal 2014, la nostra sanità pubblica è predestinata perdere in equità, accessibilità, universalismo, capacità di innovazione tecnologica, ed organizzativa, qualità e forse anche in sicurezza. Ma soprattutto con le inevitabili riprogrammazioni dell'offerta di servizi, che già in alcune parti del pese è diventato un "razionamento implicito ", rischia di perdere in affidabilità per i cittadini, minacciando quel patto sociale solidaristico che ne costituisce il pilastro fondante.

Per quanto ci riguarda, come categoria medica. normazione d'urgenza la connessa alle cosiddette liberalizzazioni delle professioni reinterviene su quanto già disposto dalla finanziaria di Agosto 2011, affidando ad un DPR la modifica degli ordinamenti professionali, vietando riferimento a tariffe minime nella pattuizione del compenso, aprendo alle società professionali da costituire secondo il codice civile, ma rinviando la complessa del funzionamento e delle responsabilità ad un regolamento da varare successivamente. Non dobbiamo farci coinvolgere da questo clima di incertezza e comunque dobbiamo continuare a lavorare lungo le nostre direttrici come Ordini e Federazione Nazionale.

La relazione si è conclusa con un commento alle recenti elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine soprattutto sull'astensionismo e il facile e comodo ricorso alla delega.

Il Presidente ha concluso ricordando come certi processi abbiano bisogno di un luogo di unificazione della categoria quale solo l'Ordine, più che ogni altra sede associativa medica, può garantire e che le buone ragioni difficilmente vanno lontano se non sono animate da buone passioni.

Terminate le incombenze previste dalla legge vi sono stati quattro significativi momenti.

Dapprima vi è stata la consegna delle medaglie ai colleghi che festeggiavano i cinquanta anni di laurea.

E' stata una testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima nei confronti di chi ha ben operato per un periodo così lungo, da parte di tutti i presenti. Sono stati festeggiati:

Prof. Adriano BARTOLI, Prof. Emilio BIASINI, Prof. Emilio BUCCIARELLI, Dott. ssa Andreina CERLETTI, Prof. Francesco COSTABILE, Prof. Franco FEDERICI, Prof. Paolo LATINI, Prof. Beniamino LISI, Dott. Giacomo NUNZI, Dott. Marcello PAGLIACCI, Prof. Renato PALUMBO, Dott. Walter PANARELLI, Prof. Federico PASQUINI.

A tutti gli intervenuti è stata consegnata personalmente, dopo un breve excursus della loro carriera, una medaglia e il



scorcio della sala

distintivo dell'Ordine e tutti sono stati calorosamente applauditi da una sala eccezionalmente gremita.

Successivamente sono stati consegnati i quattro premi di laurea da mille euro ciascuno ai quattro laureati dell'anno (due medici chirurghi e due odontoiatri) giudicati più meritevoli dalla Commissione costituita dai Consiglieri: Prof. Fortunato Berardi, Dott. Stefano Caraffini, Dott. Andrea Donati.

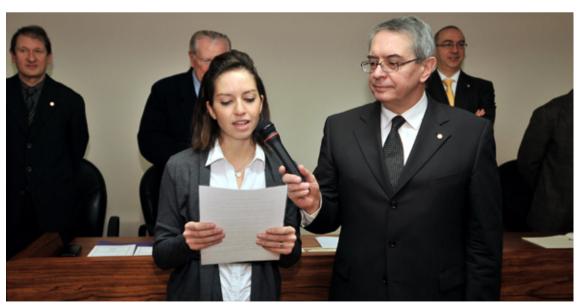
Da quest'anno i premi sono intitolati al dott. Domenico Tazza, Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine, improvvisamente e prematuramente scomparso.

Il Presidente ne ha tratteggiata la figura, ricordandone competenza ed impegno, ed ha chiamato ad affiancarlo nella consegna dei premi la vedova, dott.ssa Maria Adelaide Susta alla quale ha espresso l'affetto di tutta la categoria, con la consegna, a nome di tutti i colleghi del Consiglio Direttivo di una medaglia ricordo.

I premi di laurea sono andati a: Dott.ssa Roberta Rivellini per la tesi: "PERFUSIONE DI FEGATO ISOLATO NEI TUMORI EPATICI NON RESECABILI:
INDICAZIONI, TECNICA E RISULTATI"
Dott. Bernardo Caldini per la tesi:
"EFFETTI DELLA MENTE SUL CERVELLO"
Dott.ssa Loredana Vinti per la tesi:
"LA SALUTE ORALE IN ETA'
EVOLUTIVA: MONITORAGGIO DI UN
ANNO DI ATTIVITA' DEL SERVIZIO
ODONTOIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA"
Dott. Giacomo Mastriforti per la tesi:

"RECENTI ACQUISIZIONI IN TEMA DI IRRIGAZIONE CANALARE: ANALISI AL FFFFM"

Al termine della Assemblea il momento più significativo della giornata: la più giovane neo laureata, la dottoressa Anna CELANI, ha pronunciato a nome di tutti i nuovi iscritti il giuramento professionale, quindi tutti i nuovi colleghi presenti, chiamati dal segretario uno per uno, hanno ritirato dalle mani del Presidente una copia del codice deontologico, la pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, e il distintivo dell'ordine.



La piu giovane neo-iscritta dott.ssa Anna Celani durante la lettura del Giuramento di Ippocrate

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI 18 DICEMBRE 2011

La consegna delle medaglie per i 50 anni di laurea



Prof. Adriano Bartoli



La consegna della medaglia ricordo al prof. Adriano Bartoli



Prof. Emilio Biasini



la consegna della medaglia ricordo al prof. Emilio Biasini



Prof. Emilio Bucciarelli



La consegna della medaglia ricordo al prof. Emilio Bucciarelli



Il Prof. Francesco Costabile



La consegna della medaglia ricordo la prof. Francesco Costabile



Prof. Franco Federici



La consegna della medaglia ricordo al prof. Franco Federici



Prof. Paolo Latini



La consegna della medaglia ricordo al prof. Paolo Latini



Dott. Giacomo Nunzi



La consegna della medaglia ricordo al dott. Giacomo Nunzi



Dott. Marcello Pagliacci



La consegna della medaglia ricordo al dott. Marcello Pagliacci



Prof. Renato Palumbo



La consegna della medaglia ricordo al prof. Renato Palumbo



*In alto:*Dott. Wlater Panarelli



la consegna della medaglia ricordo al dott. Walter Panarelli

A destra:

Dott. Walter Panarelli ritira la medaglia del dott. Alfredo Liotti scorparso lo scorso 28 ottobre







Prof. Federico Pasquini



La consegna della medaglia ricordo al prof. Federico Pasquini



Prof. Adolfo Puxeddu



La consegna della medaglia ricordo al prof. Adolfo Puxeddu



Dott. Giovanni Rambotti



La consegna della medaglia ricordo al dott. Giovanni Rambotti



Dott. Giancarlo Sarchioni



La consegna della medaglia ricordo al dott. Giancarlo Sarchioni

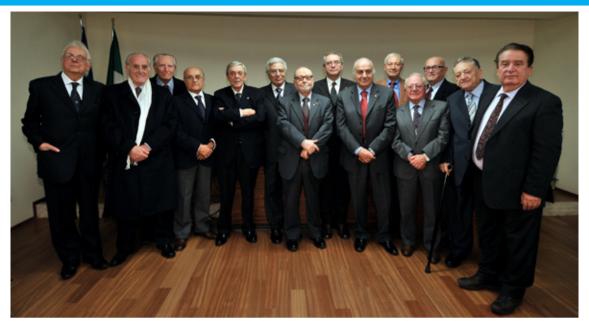


foto di gruppo dei premiati per i 50 anni di laurea

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI 18 DICEMBRE 2011

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



Dott.ssa Roberta Rivellini



La consegna del premio di laurea alla dott.ssa Roberta Rivellini



Dott. Bernardo Caldini



La consegna del premio di laurea al dott. Bernardo Caldini



Dott.ssa Loredana Vinti



La consegna del premio di laurea alla dott.ssa Loredana Vinti



Dott. Giacomo Mastriforti



La consegna del premio di laurea al dott. Giacomo Mastriforti



la dott.ssa Adelaide Maria Rita Susta



La consegna della medaglia in memoria del Dott. Domenico Tazza alla vedova Dott.ssa Adelaide Maria Rita Susta





	Notizie	▶Login
	ENPAM - Notizie Flash	
	Certificazione di malattia on line - circolare n. 4 del 2011	
	novità dalla circolare n. 4 del 2011 inviata ai rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro	
Notizie	AVVISO AGLI ISCRITT	Registrati
Comunicazioni FNOMCeO		Bacheca on-line
	line si possa continuare a certificare su carta.	
SI CON	MUNICA CHE NEL PORTALE DELL'O	
Newsletter	WWW.ORDINEMEDICIPERUGIA.IT), Graduatorie
PREVIA REC	GISTRAZIONE, E' ATTIVA LA PROCI	EDURA PER
	TAMPA DEI CERTIFICATI DI ISCRIZI	ONE
	ALL'ALBO PROFESSIONALE.	
	e in particolare la Root Cause Analysis (RCA), l'analisi cicè delle cause profonde degli eventi avversi, che può aiutare le organizzazioni e gli operatori sanitari a	
	Il corso, che eroga 12 crediti ECM , è del tutto <i>gratuito</i> ed è strutturato in fasi.Prima di iniziare il corso l'iscritto può valutare le proprie conoscenze con una serie di domande a risposta multipla.	



