



Bollettino ⁰¹ 2012

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - ANNO XLVIII - 1/2012



i n d i c e

Di domani
non c'è certezza

pagina 3

Elezioni col
battiquorum

pagina 7

Riorganizzazione
del SSR Umbro

pagina 15

Appunti sul
burnout

pagina 18

La chirurgia
laparoscopica nel
tratt. del tumore
della prostata

pagina 33

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

Anno XLVII - 5/6/2011

SOMMARIO

...di doman non c'è certezza	3
Rinnovo cariche ordinistiche	6
Elezioni col battiquorum	7
Il saluto del neo Vicepresidente	8
Comparaggio e corruzione	8
Il rapporto medico-paziente	9
Certificazione anamnestica ril. pat. di guida	10
A proposito di medicine alternative	12
Abolito il doc. programm. della sicurezza	15
ANDI al lavoro per testare il nuovo Redditometro	16
Contro "La Repubblica" posizione di ANDI	17
Rinn. il CCNL per i dip. degli Studi Professionali	18
Attivazione dell'ambulatorio	19
Riorganizzazione del SSR Umbro	21
Appunti sul burn out	25
Contraria Sunt Complementa	27
Dorso Curvo Osteocondritico	31
La chirurgia laparoscopica	33
Relazione del Tesoriere	36
La relazione del Presidente	41
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 Sgrilli

Tesoriere Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario
Dott. Stefano Lentini

Consiglieri
Prof. Fortunato Berardi
Dott.ssa Patrizia Bodo
Dott. Stefano Caraffini
Dott. Stefano Cusco
Dott. Silvio D'alexandro
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. Stefano Lentini
Dott. Antonio Montanari
Dott. Marco Petrella
Dott.ssa Stefania Petrelli
Prof. Fausto Santeusano
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*

Si salvi chi può

Dott. Tiziano Scarponi

Questa tipico detto del mondo marinaro sembra diventato molto attuale, non solo per gli ultimi eventi legati alle navi della flotta Costa, ma anche per una sintetica e forse cinica valutazione della attuale panorama sanitario, e non solo, del nostro paese. Va da sé che quando c'è la percezione che la barca stia per affondare e ognuno cerca in qualche modo di attaccarsi a qualcosa che galleggi, salta qualsiasi criterio di priorità, di razionalità e nemmeno l'altrettanto vecchio detto: "Prima le donne e poi i bambini" vale più.

Come inspiegabilmente ogni tanto avviene, un fatto di cronaca di normale quotidianità diventa all'improvviso il protagonista di tutto: televisione, radio, web, testate giornalistiche di ogni ordine e grado. "All'Umberto I di Roma è stato trovato un paziente del pronto soccorso legato ad una barella da qualche giorno!!" Dio ci salvi! Siamo arrivati al degrado più totale e come sempre capita invece di provare a spiegare in maniera scientifica e razionale il fenomeno, si scatena la caccia alle streghe, la ricerca del capro espiatorio e vengono proposte le ricette dai vari Soloni di turno che il più delle volte non conoscono per niente l'argomento che stanno trattando, vale a dire la medicina generale.

Questa volta, infatti, la pietra dello scandalo, la cagione di tanto malessere e disastro è stata individuata nella inefficienza della medicina di famiglia che non è in grado di intercettare i pazienti che accedono in maniera inappropriata al pronto soccorso degli ospedali.

Tutti i mali della nostra sanità che nonostante l'allocazione di risorse basata

su criteri elettorali, investimenti sul territorio quasi assenti, clientelismo, caste politiche e professionali e mille altre ancora è comunque annoverata fra le migliori al mondo, sono un nulla rispetto alle colpe dei medici di famiglia che nonostante siano le figure sanitarie più amate dai cittadini, in questo momento sono i colpevoli e devono pertanto porre rimedio al problema tenendo aperti i propri ambulatori 12, ma che dico, 24 ore al giorno, sette giorni su sette.

"E' curioso, come scrive il medico di famiglia Tombesi nel portale Partecipasalute, che l'efficienza della Medicina Generale si valuti in base a quanti pazienti arrivino al P.S., senza chiedersi di che percentuale si tratti rispetto al numero complessivo di pazienti visti e trattati dai medici di famiglia. Due semplici calcoli per valutare meglio l'entità del problema. Secondo il ministro Balduzzi, i reparti di Pronto soccorso italiani effettuano 23 milioni di visite all'anno, e secondo i colleghi ospedalieri, il 20% sono codici bianchi e il 60% sono codici verdi, cioè accessi ritenuti "impropri", che non ci dovrebbero essere. Bene, i 47.000 medici di medicina generale italiani hanno in media circa 8 accessi per assistito all'anno (una trentina di pazienti al giorno). A conti fatti, con una media di 1.000 assistibili per medico, si tratta di 376 milioni di accessi all'anno, senza contare i 7.500 pediatri (che misteriosamente rimangono esclusi dalle polemiche). Se i medici di medicina generale intercettassero tutti i codici bianchi e almeno metà di quelli verdi (giusto per lasciare al Pronto soccorso almeno la traumatologia) la metà dei pazienti visti nel Pronto soccorso andrebbe dal proprio medico e

in un batter d'occhio il sovraffollamento da accessi impropri sarebbe risolto. Circa 12 milioni di visite in più rimarrebbero in carico alla Medicina Generale, e a conti fatti si tratterebbe di un aggravio di lavoro francamente irrisorio rispetto a quello abituale. 12 milioni di visite divise per 47.000 medici di medicina generale fanno infatti 255 visite in media all'anno: anche escludendo i giorni prefestivi e festivi si tratta di un solo paziente in più al giorno da visitare per ogni medico. Si accomodino, verrebbe da dire, non ce ne accorgeremmo neppure, al massimo ci vorrà un'altra sedia in sala d'attesa".

C'è nessuno che ha fatto questi conti? Certamente non il mitico, per non usare altri attributi, professor Umberto Veronesi, classe 1925, che nell'intervista rilasciata il 10 marzo al Corriere della Sera propone la sua ricetta: "low cost e a chilometri zero, chiusura del 40% degli ospedali oramai obsoleti ed imparare dalla sua clinica come si struttura un nosocomio e dalla sua fondazione come si formano i nuovi medici". Se chiedo però, quanto è costato ai miei pazienti che a suo tempo sono andati nel suo studio, probabilmente ci rendiamo conto che la sua idea di low cost è molto personale. Nemmeno la CGIL ha fatto questi conti! Nel documento "Il medico delle cure primarie" infatti, a firma del nostro Nicola Preiti, nostro perché iscritto all'Ordine dei Medici di Perugia, rilasciato il 29 febbraio u.s. la premessa sull'inversione della logica assistenziale è sacrosanta: "Il sistema sanitario appare vittima dell'acritica rincorsa delle prestazioni...". Quello che però lascia perplessi sono i passaggi successivi in cui si capisce il perché la CGIL rappresenti solo lo 0,5-1% dei medici di famiglia: il medico di luogo o di servizio è allo stato attuale" epistemologicamente " incompatibile con la medicina generale come la intende chi quotidianamente la vive e poi, non credo che la creazione di questi servizi complessi territoriali abbatta la logica della rincorsa

alle prestazioni, anzi.

Anche per il ministro della salute Balduzzi la panacea di tutto consiste nell'apertura dei nostri studi 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno. Ha cominciato a confrontarsi con le sigle sindacali della medicina generale che si sono già spaccate sulle linee di principio e sono veramente curioso sul come andrà a finire quando si comincerà a parlare di soldi, sembra infatti che la parola isorisorse aleggi nell'aria.

Dovrei a questo punto parlare della "Ri-Fondazione della Medicina Generale", vale a dire il documento della FIMMG, mio sindacato, che dall'oramai lontano 9 giugno 2007 ha fatto delle proposte per superare lo stato di crisi in cui la Medicina Generale senza dubbio versa, come quella Ospedaliera del resto. E' un documento poderoso, che parte con delle pregiudiziali e delle valutazioni di contesto molto precise, presenta delle articolazioni senza dubbio motivo di discussione e di miglioramento e rimando alla sua lettura chi vuole veramente approfondire e poi discutere, ma quello che mi preme sottolineare in questa contingenza sono alcune valutazioni di carattere generale che un medico di famiglia come me, che da sempre si è preoccupato della formazione della propria categoria, non può fare a meno di esternare.

Quando si lancia il "si salvi chi può" la prima regola è quella di mantenere la calma e cercare di valutare la reale portata del problema, valutare in maniera razionale e se possibile scientifica i rimedi e le soluzioni.

Orbene, quello dell'uso improprio al pronto soccorso è senza dubbio un problema, non certo il problema e le sue cause sono tantissime: concetto di medicina mitica, ipervalutazione della tecnologia medica creata ad arte da qualcuno, arte dell'arrangiarsi in periodo di liste di attesa e di ticket, facilità di accesso e mille altre che sarebbe interessante andare ad approfondire, ma come mi verrà risposto se affermo che senza un cambiamento socio-culturale della

popolazione l'accesso improprio si sposterà dal pronto soccorso ai nostri studi? Non sarà però quell'uso improprio cui siamo abituati da anni. Io ripeto sempre, infatti, che durante una mia seduta ambulatoriale faccio: il medico, lo psicologo, l'assistente sociale, il badante, il giudice di pace ed altri ruoli. Sarà invece un uso improprio nuovo che ci trova completamente impreparati: la gestione delle acuzie con tutte le nefaste conseguenze immaginabili. Come si fa presto adesso a dire via i codici bianchi e verdi dal pronto soccorso ma ciò non accade. Così si farà presto a dire via i codici rossi dai nostri studi, ma molto spesso non accadrà soprattutto nell'urgenza vera in cui il cittadino ovviamente si aggrappa a quello che trova per primo.

Sento parlare di rivoluzione copernicana..... Orbene, non voglio parlare di proposito di infrastrutture, perché non è per niente chiaro dove si andrà a parare, ma qualsiasi testa pensante sa benissimo che certi livelli di assistenza hanno un costo di mura, di materiale, di uomini che in questo periodo di vacche magre sarà un grosso problema reperire, a meno che non si voglia fare come la certificazione di malattia on-line che è ricaduta in toto sulle nostre spalle. Le nostre esperienze regionali di casa della salute, per il momento mi risultano che siano solo sulla carta. Apprendo che sono stati stanziati un milione di euro che sarà opportuno capire come siano stati utilizzati, ma oramai in Umbria è la regola che i soldi della Medicina Generale emigrino per altri lidi: è risaputo e consolidato oramai che tutti soldi risparmiati da noi con la farmaceutica siano dirottati per finanziare l'Ospedale ed altro. Comunque sia è prematuro poter esprimere giudizi su queste case della salute, anche se al momento mi sembrano più occasioni di visibilità per colleghi con umori elettorali o centri di erogazione che prenderanno il posto degli attuali centri di salute con gli ambulatori dei generalisti dentro, ma potrei sbagliarmi.

Ultime riflessioni fatte con lo spirito di chi si è sempre interessato di formazione: il lavorare in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) o in unità complesse per le cure primarie (UCCP), prevede il dovere imparare a lavorare in maniera integrata con altri medici di medicina generale, con altre figure sanitarie e francamente è un'operazione abbastanza difficile in chi ha sempre lavorato in maniera isolata. Tale processo necessita di uno sforzo che ci verrà impegnati per anni, dovrà anche essere completamente riscritto il percorso formativo del medico a cominciare dall'Università, che per precisione in questo momento non insegna nemmeno a fare il medico di medicina generale.

Chi sono in questo momento i medici di medicina generale? Sono degli esseri umani con età media 59 anni, molti stanno facendo il conto alla rovescia per andare in pensione, la maggioranza è molto irritata per i continui compiti impropri e burocratici che le sono affibbiati, è molto irritata per i paradossi fiscali cui è sottoposta come lo stravolgimento del proprio studio di settore se assumi personale dipendente. La maggior parte dei medici di medicina generale umbra inoltre è molto irritata dal fatto di non avere un sistema informativo regionale nonostante siano stati i primi in Italia come prevalenza di informatizzazione e tante risorse siano state spese senza risultati. Tutti i medici di medicina generale umbri sono inoltre molto arrabbiati perché la regione Umbria non vuole fare applicare la sua legge sul cosiddetto "decalogo" per cui ieri ho dovuto fare 9 impegnative per una paziente neoplastica: 3 visite oncologiche controllo, 3 emocromo, 3 infusione chemioterapici.

Mi si lasci chiudere ricorrendo sempre a Tombesi che a mio giudizio è quello che è riuscito a sintetizzare lo stato d'animo della maggior parte dei generalisti italiani a tal proposito.

"Ora, oltre che occuparsi di cronicità, cure programmate e domiciliari, le si chiede(alla

medicina generale) anche l'esatto opposto: di fronteggiare l'acuzie che si rivolge "impropriamente" al Pronto soccorso, organizzandosi per coprire la bazzecola di 12 ore al giorno (c'è da scommettere, ad "isorisorse"), in mancanza di qualunque presupposto fisico e funzionale per aggregarsi, e svolgendo quindi anche un ruolo tipicamente di medicina di attesa. Altrimenti il Pronto soccorso soffre. Verrebbe voglia di rispondere male, ma siccome è d'obbligo essere educati, basti chiarire che

quello che si sta cercando non è un medico di medicina generale, ma Superman, un alieno che resiste a tutto – perfino alle idee bizzarre – essendo notoriamente vulnerabile solo alla kryptonite verde. Non resta che fare i migliori auguri per la ricerca, sempre più difficile dato che entro pochi anni mancheranno molte migliaia di medici di medicina generale: troppo poco attraente è oramai questa professione per i giovani medici che non ambiscono certo ad un lavoro così incompreso e maltrattato."

Privacy: riassunto delle regole

A seguito dell'approvazione del "Decreto Semplificazioni" che ha abolito l'obbligo di redigere annualmente il DPS (Documento Programmatico della Sicurezza), la FIMMG Firenze ha approntato un elenco delle cose che il medico è comunque tenuto a rispettare per garantire la privacy dei pazienti. Ritenendo che tali raccomandazioni siano utili non solo per i medici di famiglia, ma per tutti gli studi medici e odontoiatrici, l'Ordine segnala qui di seguito:

- L'informativa e il consenso del paziente sono sempre obbligatori, sia perché previsti dalla legge, sia come atto doveroso rispetto al paziente.

- Le ricette e la documentazione sanitaria non può essere lasciata in sala d'aspetto nemmeno se in busta chiusa. Deve essere personalmente consegnata al paziente (anche tramite la segretaria)

e a persone diverse dal paziente solo se munite di delega scritta. In ogni caso la documentazione va consegnata in busta chiusa.

- I computer dove sono memorizzati i dati sanitari devono essere protetti da password alfa-numeriche di almeno 8 caratteri da cambiare ogni 3 mesi; devono essere protetti da sistema di sicurezza come anti-virus e firewall e deve essere previsto un periodico salvataggio dei dati da custodire in luogo separato.

- I fascicoli cartacei contenenti dati sanitari devono essere custoditi in armadi o in locali chiusi a chiave e non accessibili al pubblico.

- Il personale dello studio deve essere formato al rispetto degli obblighi di sicurezza e di riservatezza e deve essere autorizzato al trattamento dei dati con apposita lettera di incarico.

I ticket e la questione del 29%

Dott. Graziano Conti

Il mio pensiero sulle quote di partecipazione alla spesa sanitaria (c.d. ticket) credo sia noto. Più volte ho avuto modo di esprimerlo in queste pagine o in corso di incontri o assemblee. Un sistema nato con il presupposto che ognuno contribuisse secondo i suoi redditi e le sue possibilità e ricevesse, in prestazioni, secondo le sue necessità, presupponeva che un'altra leva funzionasse molto bene: quella della fiscalità generale. Anche il tycoon più danaroso, in regola con le tasse, avrebbe avuto diritto alla assistenza più completa. Dal momento che quella parte dello stato funziona come funziona, sono nati i ticket, all'inizio presentati in funzione di moderazione della spesa (e tali non sono mai stati perché in quel caso, a mio giudizio, avrebbero dovuto essere bassi e uguali per tutti) ma che, di provvedimento in provvedimento, divenuti sempre più significativi e pesanti, hanno assunto la consistenza di una vera e propria tassa sulla malattia. E' pur vero che una certa quota di invalidi, pensionati, anziani, esenti, non paga nulla o quasi (e comunque, scorgendo gli elenchi dei pensionati E01, corrispondenti alla fascia di reddito più bassa, vi sono non poche sorprese), ma chi, in età di lavoro e senza avere grandi redditi, deve corrispondere i vari ticket paga e paga molto. Più o meno l'insieme fa pensare al bonus/malus della RC auto.

In questo contesto alla fine del mese di febbraio scorso la nostra Regione ha messo in pratica una altra bella pensata. Le leggi 296/2006 e 111/2011 prevedevano l'applicazione di una quota fissa di 10 € per le ricette per le prestazioni di assistenza specialistica, dando la possibilità

alle regioni di adottare altre misure di partecipazione alla spesa, a invarianza di gettito complessivo, subordinatamente ad un accordo da stipularsi con il Ministero della Salute e quello dell'Economia e delle Finanze. La Regione dell'Umbria, che doveva reperire circa 11 milioni di euro, ha chiesto di usufruire di questa possibilità, ma le misure alternative proposte (DGR 911/2001) **“ non sono state ritenute, dalle strutture dei Ministeri competenti, idonee a conseguire il richiamato effetto finanziario di 10.900.000 euro”**. A questo punto, nella affannosa ricerca degli oltre 3,5 milioni mancanti dopo la verifica ministeriale, alle misure già concordate quali introduzione ticket sulla farmaceutica, extra ticket per specialistica, visite, RMN, TC, dal cappello a cilindro è uscito l'aumento del 29% delle tariffe della libera professione da cui, nelle previsioni della Regione, si conta di ricavare la somma di € 3.645.010.

In questi termini il 30/12/2011 è stato firmato l'accordo con i ministeri competenti, che il 9 gennaio è stato recepito con DGR n. 3 dalla Giunta Regionale, con voto unanime di tutti e 9 i componenti. Delibera singolare che, pur efficace dal 09/01, dava genericamente mandato all'assessore competente e alla direzione regionale di **“mettere in atto tutte le azioni necessarie al fine di dare pratica attuazione a quanto previsto dall'accordo”**, e l'attuazione arriva alla fine di febbraio. Come ha correttamente rilevato un iscritto questo balzello non può essere chiamato ticket (cioè partecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino) perché si interviene su una parcella libero-professionale e si tratta, in pratica, di una

tassazione indiretta usando il professionista come percettore di imposta esattamente come ad esempio per l'IVA che paga il cittadino e che il lavoratore autonomo (idraulico, meccanico ecc.) poi riversa allo stato.

Nel comunicato dell'Ordine del 25 febbraio dicevamo che si parla, a sproposito il più delle volte, di "aziendalizzazione" del Servizio Sanitario, ma che aumentare i costi per le attività rese dal personale in libera professione con tariffe fuori mercato significa esattamente il contrario.

Significa deprimere la domanda, significa spingere i cittadini verso il privato, significa rinunciare all'apporto di professionalità di rilievo all'interno del servizio pubblico, significa infine demotivare e penalizzare i sanitari, percepiti, senza alcuna responsabilità, dall'opinione pubblica come professionisti esosi, mentre di quelle cifre percepiscono una parte non rilevante e che, in questo periodo, con il blocco dei contratti, l'aumento dell'età pensionabile e i relativi trattamenti di minor favore hanno già contribuito, per la loro parte ai bisogni del Paese.

Sono in pratica gli elementi che hanno correttamente rilevato i rappresentanti dei vari sindacati della dipendenza riuniti in assemblea all'Ordine che richiamano come la DGR 3/2012 determini:

- 1) Un notevole aggravio di costi (circa 1/3 in più) per i cittadini che necessitano di prestazioni specialistiche e che vogliono avere la garanzia di scegliere da chi farsi curare,
- 2) Uno spostamento dell'attività sanitaria dal Servizio Sanitario Regionale al sistema privato a causa della perdita di competitività delle tariffe dell'attività libero professionale intra-moenia,
- 3) Il pericolo che la quota di scoperto di 3.5 milioni possa non venir recuperata

a causa dell'inevitabile calo della richiesta di prestazioni determinata dagli aumenti

- 4) La possibilità che, vista la mancata copertura del buco di bilancio, si debba ricorrere in futuro ad altri ticket,
- 5) L'incentivazione della mobilità passiva e la riduzione della mobilità attiva a causa della ridotta competitività.

Di fronte a queste osservazioni da parte regionale vi sono state sprezzanti e stizzite osservazioni tra cui quella che avrebbero potuto, i medici, rinunciare a qualcosa. E' stata fin troppo facile la risposta: "forse sarebbe stato anche possibile, se solo ce lo avessero chiesto", perché un aspetto non secondario di tutta la vicenda, ma è una cosa che avviene ormai da tempo, è che i sanitari, prima di certe scelte, non sono, non dico consultati, ma nemmeno minimamente sentiti.

Una cosa è certa: dubitiamo che la Regione realizzerà le cifre che ha messo in conto, sicuramente non avremo un Servizio migliore né una Sanità più efficiente e vicina al cittadino. Resta la preoccupazione e l'allarme nel constatare l'aggressione sistematica al nostro Servizio Sanitario Pubblico da parte di organi dello Stato centrale e periferico che dovrebbero invece difenderlo nell'interesse di tutti.



Svelato il segreto della lesione genetica della leucemia a cellule capellute: la mutazione del gene BRAF

Intervista del prof. Fausto Santeusanio al professor Brunangelo Falini

Un importante successo scientifico è stato ottenuto recentemente dal gruppo di ricerca guidato dal Prof. Brunangelo Falini, Direttore della Struttura Complessa di Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo dell' Università degli Studi di Perugia. Esso ha identificato l' alterazione genetica (mutazione del gene BRAF) che causa la leucemia a cellule capellute (*"hairy cell leukemia"* per gli autori anglosassoni), una leucemia descritta da oltre 50 anni. La rivoluzionaria scoperta del gruppo di ricerca perugino apre nuove prospettive per la diagnosi e cura di questa emopatia maligna. I risultati sono stati pubblicati nella prestigiosa rivista americana *New England Journal of Medicine* e, al suo raggiungimento, hanno contribuito il Dr. Enrico Tiacci (primo autore del lavoro) e la Dr.ssa Maria Paola Martelli.

Abbiamo intervistato il Prof. Falini al fine di far conoscere alla classe medica e commentare il significato di questa nuova importante scoperta in campo ematologico.

Professor Falini può spiegare in che cosa consiste la leucemia a cellule capellute? E' una rara forma di leucemia linfoide cronica che trae il suo nome dal bizzarro aspetto delle cellule leucemiche la cui superficie cellulare presenta numerose estroflessioni citoplasmatiche che le conferiscono un aspetto "peloso". A differenza dei pazienti con leucemia linfatica cronica che clinicamente mostrano una linfocitosi assoluta spesso associata a linfadenopatia, quelli affetti da leucemia a cellule capellute di solito si presentano con marcata pancitopenia e splenomegalia, in assenza di linfadenopatia. La leucemia a cellule capellute risponde bene all' interferone ed ai cosidetti analoghi delle purine (cladribina e pentostatina).

Qual è l' alterazione genetica che sta alla base della leucemia a cellule capellute ?

Per più di 50 anni la lesione genetica che causa questa forma di leucemia è rimasta avvolta nel mistero. Per risolvere il dilemma, ci siamo avvalsi di tecniche di sequenziamento che permettono di decifrare velocemente, una per una, i milioni di lettere (basi nucleotidiche) dell'alfabeto chimico del DNA. Confrontando, in un paziente affetto da leucemia a cellule capellute, le sequenze del DNA delle sue cellule malate e di quelle sane, abbiamo identificato una mutazione puntiforme che coinvolge il gene BRAF.

Mutazioni del gene BRAF erano state descritte in precedenza in circa il 50% dei casi di melanomi e dei carcinomi papilliferi della tiroide. Quali sono gli aspetti peculiari delle mutazioni di BRAF nella leucemia cellule capellute ?

Gli aspetti più importanti e stupefacenti della nostra scoperta sono rappresentati dal fatto che la mutazione di BRAF è riscontrabile nel 100% dei casi di leucemia a cellule capellute (finora sono stati sequenziali più di 300 pazienti) e che la mutazione è sempre localizzata nello stesso punto del gene BRAF (in posizione V600E). Così, essa sembra veramente rappresentare l' alterazione genetica causale della malattia, un po' come la traslocazione BCR-ABL nella leucemia mieloide cronica. Senza dubbio, l' identificazione della mutazione di BRAF nella leucemia a cellule capellute rappresenta uno degli esempi più paradigmatici delle potenzialità delle tecniche di sequenziamento globale del genoma umano nella definizione della carta di identità molecolare di un tumore.

Qual è il ruolo di BRAF-V600E nella patogenesi molecolare della leucemia a cellule capellute?

In condizioni normali, il gene BRAF produce una proteina ad attività chinasi che fa parte di una cascata di eventi, la cosiddetta via MAPK, critici per il controllo di varie funzioni cellulari, tra cui anche la proliferazione. La mutazione V600E determina una intensa attivazione continuativa del gene BRAF che, se si verifica in una cellula linfoide B normale, ne causa la trasformazione a cellula leucemica capelluta. A causa della ridotta capacità delle cellule leucemiche di andare in apoptosi, queste con il tempo si accumulano in vari distretti anatomici, specialmente nel midollo osseo e milza.

Che ricadute può avere per i pazienti leucemici questa nuova scoperta ?

Il trasferimento di questa scoperta dal laboratorio al malato è stato immediato. Infatti, impiegando delle sonde molecolari sensibili che permettono di riconoscere specificamente la mutazione BRAF-V600E, è ora possibile diagnosticare la leucemia a cellule capellute con una accuratezza maggiore di quanto non fosse possibile prima, con il solo uso del microscopio (alla ricerca dell'aspetto "peloso" delle cellule) e di anticorpi specifici. Porre una diagnosi di certezza di leucemia a cellule capellute è molto importante dal momento che questa malattia può essere trattata efficacemente con farmaci come la cladribina e la pento statina (analoghi delle purine).

Ci sono anche nuove prospettive terapeutiche con farmaci intelligenti ?

Questo è l'aspetto più entusiasmante di tutta la storia. Nonostante la terapia con analoghi delle purine si sia dimostrata piuttosto efficace, circa la metà dei pazienti con leucemia a cellule capellute trattati con questi farmaci mostrano una recidiva di malattia. Inoltre, la cladribina e la pentostatina sono farmaci che deprimono fortemente le difese immunologiche dell'organismo, esponendo così il paziente al rischio di infezioni opportunistiche. La nostra osservazione (pubblicata nel

New England Journal of Medicine) che inibitori specifici di BRAF mutato sono in grado di uccidere le cellule leucemiche capellute in cultura, fa ben sperare che in tempi brevi si possano iniziare sperimentazioni cliniche con questi farmaci nei pazienti resistenti agli analoghi delle purine o che ricadono dopo una iniziale risposta a questi farmaci. Una di queste molecole (denominata Vemurafenib) ha già dato dei buoni risultati nel melanoma metastatico con mutazione BRAF-V600E e potrebbe rivelarsi efficace anche nella leucemia a cellule capellute.

Difetti del gene che codifica per BRAF sono stati trovati nei laboratori di ricerca dell'Università di Perugia anche nei carcinomi papillari della tiroide

A completamento di quanto già detto nell'intervista con il prof. Falini, vorrei aggiungere che nei laboratori di Ricerca della sezione di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche (MISEM) dell'Università di Perugia sono stati trovati difetti dello stesso gene BRAF, simili a quelli implicati nella patogenesi della leucemia a cellule capellute, in una elevata percentuale di carcinomi della tiroide. Come è stato già ricordato, BRAF è una protein-chinasi selettiva per serina e treonina coinvolta nella attivazione della via intracellulare della MAPK ("Mitogen-Activated Protein Kinase" o "Protein-chinasi Attivata dai Mitogeni"). Screening del genoma su larga scala hanno permesso di individuare già 10 anni fa (2002) mutazioni di BRAF in più della metà dei melanomi maligni (66%) e in alcuni carcinomi del colon e dell'ovaio. Nel 2004 il dott. Efisio Puxeddu ed i suoi collaboratori, nei laboratori della Sezione MISEM dell'Università di Perugia, hanno contribuito a stabilire che queste mutazioni sono di frequente riscontro nei carcinomi papillari della tiroide, in media nel 44% dei casi. In oltre il 90% delle mutazioni di BRAF rilevate nei tumori umani consistono in una alterazione del gene che causa la sostituzione dell'aminoacido valina in posizione 600 della chinasi con

acido glutammico, la stessa responsabile della leucemia a cellule capellute (Puxeddu E. et al.: BRAFV599E mutation is the leading genetic event in adult sporadic papillary thyroid carcinomas. J Clin Endocrinol Metab 2004, 89, 2414-2420). Tale mutazione destabilizza la conformazione della chinasi provocando l'attivazione permanente, detta costitutiva, dell'enzima con effetti oncogenici. Tale in-

formazione appare importante in vista di un possibile impiego di Vemurafenib, un inibitore biologico specifico di BRAF, anche nella terapia dei carcinomi della tiroide con tale difetto molecolare. Infatti sono stati appena iniziati studi clinici di fase II per verificare se tale approccio terapeutico potrà dimostrarsi efficace a curare i carcinomi papillari della tiroide con mutazione di BRAF.

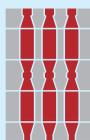
Avvio del sistema di sorveglianza PASSI d'argento

Nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, nell'ambito dei Sistemi di Sorveglianza di Popolazione, è stata prevista la messa a regime della sorveglianza "PASSI d'Argento" sulla popolazione di persone con 65 anni e più. La fase sperimentale del progetto, della durata di due anni, è stata promossa nel 2008 dal Ministero della Salute e dalle Regioni italiane, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), con il coordinamento della Regione Umbria e la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. La prima indagine, che ha coinvolto 7 regioni, si è conclusa nel 2009.

A febbraio 2010 è stata avviata la seconda indagine con l'adesione di altre 12 regioni. Il 1° marzo 2012 avrà inizio la messa a regime del sistema di sorveglianza, con il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità. L'obiettivo della sorveglianza della popolazione anziana è quello di raccogliere informazioni sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, a uso delle Aziende Sanitarie, dei Servizi Sociali e delle Regioni per migliorare la qualità della salute delle persone con 65 anni e più. Il progressivo aumento della quota di popolazione anziana in Italia, come negli altri paesi occidentali, comporta un aumento della proporzione di anziani disabili e non autosufficienti e la perdita di autosufficienza

è associata alla presenza di malattie croniche e si accompagna ad un aumento del carico assistenziale, sia sociale che sanitario.

Le informazioni messe a disposizione da Passi d'Argento permettono, tra l'altro, di stimare la proporzione di anziani a rischio di disabilità, per i quali tale rischio si configura in tempi relativamente brevi; ciò potrà dare impulso alla programmazione di interventi integrati socio-sanitari in grado di ritardare e parzialmente evitare tale condizione dell'anziano. Anche nella nostra Regione è stata avviata la sorveglianza della popolazione con 65 e più anni e sarà possibile raccogliere



Regione Umbria

importanti informazioni sullo stato di salute e sui bisogni di assistenza sanitaria e sociale per questa fascia della popolazione. Ciò favorirà la programmazione di interventi volti alla prevenzione di alcune patologie e al miglioramento dell'offerta di servizi socio-sanitari per le persone con 65 anni e più. Per raccogliere le informazioni è stato elaborato un questionario standardizzato che sarà somministrato a un campione rappresentativo di persone con 65 anni e più, selezionate casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria e contattate mediante intervista telefonica o faccia a faccia. Nella nostra Regione le interviste, condotte da personale formato allo scopo, verranno svolte in modo continuativo e per circa quattro mesi a partire dal mese di marzo 2012.

Crioconservazione del liquido seminale e del tessuto testicolare

Dott. Fabrizio Tiziani

***F. Tiziani, *C. Corbucci, *M. Proietti,
*M. Mariani, *S. Pizzasegale, *Sinessiu
Kleareti*G.F. Brusco**

Servizio di Diagnosi e Cura della Riproduzione Umana - Azienda Ospedaliera di Perugia

La crioconservazione del liquido seminale o dei frammenti bioptici testicolari rappresenta uno strumento importante per tutti i pazienti che per motivi di trattamento medico e/o chirurgico possono incorrere nell'alterazione della fertilità. Prima della procedura il paziente deve sottoscrivere un consenso informato, in cui viene precisato il periodo di scadenza (un anno) al termine del quale il paziente, se lo desidera, deve rinnovare il deposito e dichiarare che il seme crioconservato è di proprietà esclusiva di colui che lo deposita e che può essere richiesto e ritirato dal legittimo proprietario (legge 40/2004), inoltre deve essere eseguito uno screening infettivologico (HIV, HCV, HBsAg – HbcAb core, VDRL-TPHA, spermocoltura e urinocoltura) al fine di evitare la potenziale dispersione di virus e microorganismi nel contenitore di crioconservazione ed il potenziale inquinamento degli altri campioni seminali in esso contenuti (Bielanki et al., 2003). Le principali indicazioni alla crioconservazione del seme e del tessuto testicolare (omologo) sono: pazienti affetti da patologie neoplastiche o autoimmuni che si sottopongono a terapie in grado di causare sterilità transitoria o permanente, pazienti che si sottopongono a vasectomia, pazienti con lesioni midollari (con perdita della capacità eiaculatoria), pazienti che si sottopongono ad interventi chirurgici in

grado di alterare il meccanismo dell'eiaculazione, pazienti inseriti in programmi di fecondazione assistita (grave oligoastenozoospermia, calo della fertilità, problemi psicologici al momento della raccolta del seme). I principali tumori solidi sono: tumori testicolari (seminoma, carcinoma embrionale, teratoma, teratocarcinoma), i tumori liquidi sono: linfoma di Hodgkin, linfomi non Hodgkin, leucemie. La criopreservazione del tessuto testicolare è l'ultimo livello dell'iter diagnostico nei pazienti azoospermici e i prelievi bioptici eseguiti a fini diagnostici, consentono al paziente di non subire una seconda biopsia in sede di fecondazione assistita (in differita). L'articolo vuole illustrare l'incremento dell'attività svolta dal Laboratorio di Crioconservazione del Servizio di Diagnosi e Cura della Riproduzione Umana dell'Azienda Ospedaliera di Perugia rispetto a quella già pubblicata nel 2009 (Tiziani et al, 2009). Le richieste di autoconservazione del seme o frammenti bioptici testicolari sono state ben 267 (l'età media dei pazienti è di 35 anni con range di età compreso tra 17-64 anni) di cui: 247 (92.5%) crioconservazione del liquido seminale, 20 pazienti (7,5%) crioconservazione dei frammenti bioptici testicolari. Il numero medio dei pazienti che hanno crioconservato nel periodo 2004-2008 è stato : 64.25 pazienti all'anno, mentre nel triennio 2009-2011: 89 pazienti all'anno. L'incremento percentuale della media dei pazienti all'anno nel triennio 2009-2011 rispetto al quadriennio 2004-2008 è stata del 38.5%. La percentuale dei pazienti provenienti dalla provincia di Perugia è del 52,43%, dalla provincia di Terni del 17,22% ed extraregio-

nale del 30.35%. Nei grafici sotto riportati riportiamo la percentuale di provenienza dei pazienti per la preservazione della fertilità (Grafico 1), la finalità del congelamento (Grafico 2) e il motivo della preservazione (Grafico 3).

Grafico 1

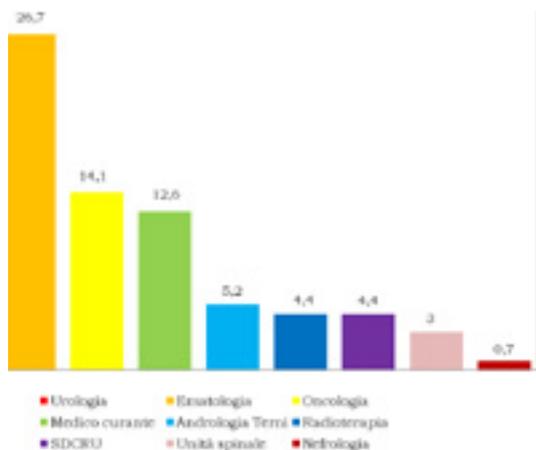


Grafico 2

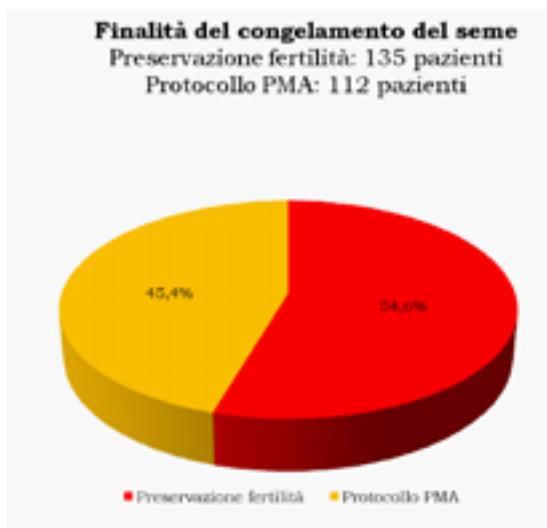
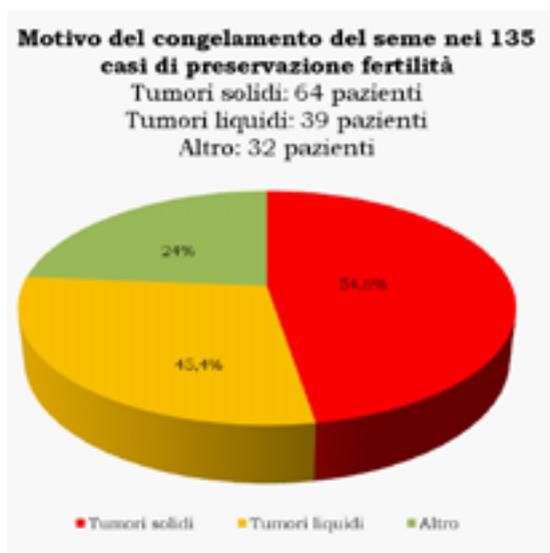


Grafico 3



La medicina e la biologia della Riproduzione Umana hanno fatto passi da gigante negli ultimi anni, tale da permettere una gravidanza anche a coloro che sono azoospermici (assenza di spermatozoi nel liquido seminale) e/o per altri motivi. La patologia neoplastica rappresenta il cardine della richiesta di preservazione della fertilità (76,2%) come si può evincere dai dati sopra riportati. L'incremento dell'attività svolta dal Laboratorio di Crioconservazione nel triennio 2009-2011 (38.5%), unica banca del seme pubblica nella Regione, è frutto di una faticosa collaborazione con i specialisti dei reparti sopra elencati e con i medici di medicina generale che hanno accolto la nostra sensibilizzazione diffusa nel bollettino dell'Ordine dei Medici (Tiziani et al, 2005). Questo ci deve rendere orgogliosi ed entusiasti soprattutto nel campo oncologico, dove innanzi ad un momento di forte disagio psico-fisico legato alla patologia, poter garantire un futuro fertile può rappresentare un momento di serenità e di incoraggiamento per affrontare le difficoltà del momento e quindi poter abbracciare, nei casi di sterilità permanente, quel figlio tanto desiderato che non sarebbe mai stato possibile prima dell'avvento della Procreazione Medicalmente Assistita.

A proposito di ...WELFARE..

Dott. Antonio Tonzani

Ho sempre immaginato, o perlomeno auspicato, Istituzioni garanti della centralità della persona, titolare di diritti e doveri ,nel rispetto delle Leggi, compatibilmente con le risorse disponibili, intese come “bene comune” da usare con appropriatezza ed equità per garantire ai cittadini una vita dignitosa.

Data la premessa, se focalizziamo l’attenzione sulle persone con disabilità, ne deriva per chi governa e amministra, il compito di assicurare a costoro la possibilità di concretizzare il proprio “progetto di vita individuale”,come diritto primario, ribadito anche da numerose Leggi quali la 162/1998, la 328 del 2000 e la Convenzione Onu sui Diritti delle Persone con Disabilità, recepita come legge dallo Stato italiano.

Non è infrequente che alla realizzazione del “progetto di vita individuale” siano funzionali forme di assistenza indiretta, anche come titoli per l’acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali,come ben evidenziato anche nella Legge Regionale Toscana n°66 del 2008, riguardante la istituzione del Fondo Regionale per la Non-Autosufficienza e da non paragonare ai cosiddetti voucher, con cui in alcune regioni vengono agevolate scelte quali ad esempio la scuola privata, alle quali lo Stato offre comunque un’alternativa accessibile a tutti; per le persone con disabilità,infatti, dall’appropriatezza dell’assistenza, deriva spesso la possibilità di godere di diritti fondamentali, a volte di vera e propria “sopravvivenza sociale” . Le risposte istituzionali, se non modulate sui bisogni del singolo, spesso risultano troppo generiche e disarticolate e, pur impegnando risorse impor-

tanti, non sempre si rivelano sufficienti ed efficaci. A ciò si aggiunga, quale ulteriore motivo di riflessione, la constatazione che solo il raggiungimento del benessere individuale garantisce la bontà degli interventi rivolti alle persone con disabilità e non certamente l’etichetta degli assistenti ,e, per centrare l’ obiettivo, non sempre occorrono costose e spesso poco appropriate, oltre che economicamente insostenibili, prestazioni standard.

Le decisioni delle Unità Valutative, previste dalla legge per approvare gli interventi proposti per le persone con disabilità, dovrebbero essere condivise con criteri più diretti, con quanti sono oggetto della valutazione, e ciò consentirebbe anche una tolleranza più serena nei confronti delle frequenti criticità e carenze assistenziali derivanti da risorse ormai insufficienti.

La compartecipazione alla spesa , anche per i servizi socio-sanitari, è una realtà ineludibile alla quale non è più possibile sottrarsi. Il problema sorge se,come spesso accade ,ci si preoccupa molto di “quanto” si debba compartecipare e molto meno di individuare criteri veramente equi ed appropriati per indicare “chi” lo debba fare e “su che cosa”. Sul tema si possono fare alcune considerazioni:

- mettere fuori mercato,alzandone eccessivamente il prezzo, beni e servizi socio-sanitari fino a quel momento non solo utili, ma anche accessibili ai più, produce indifferenza nei ricchi e, contemporaneamente, penalizza molti altri, senza che ne derivino vantaggi economici ed aumenti di risorse ;
- ridurre un servizio, non perché lo stesso

sia di per se economicamente insostenibile ,ma perché insostenibili sono i costi dei mezzi per poterne usufruire, ad es. i trasporti, deve far riflettere se proseguire sullo stesso percorso, o se qualche meccanismo necessita magari di essere rivisto ;

- occorre riflettere e agire di conseguenza sul fatto che il “lavoro di cura” delle famiglie è la più importante e redditizia organizzazione di volontariato del welfare e, quando nel nucleo familiare è presente una persona con disabilità, tutti i componenti sono molto spesso penalizzati anche nei loro diritti primari, come il lavoro ed il riposo ;

- Il concetto di “appropriatezza “ nell’uso delle risorse, per garantire il “progetto di vita individuale” delle persone con disabilità, solo occasionalmente e molto parzialmente potrà essere identificato con

i “costi standard” delle prestazioni, proprio perché si incide nello svolgimento della vita dei singoli, che hanno la propria età ,aspettative e bisogni personali ,soggettivi desideri di comunicare e socializzare.

“Welfare” è parola inglese che possiamo tradurre anche con “Ben-Essere”, inteso come possibilità di godere pienamente di tutte le prerogative cui un individuo può aspirare nella società in cui vive ed il cui livello, rapportato a persone che partono da posizioni svantaggiate, può dare la misura dell’appropriatezza e della qualità degli interventi “ sociali “ e forse, anche del grado di civiltà di una nazione. Condividere questo concetto credo sia piuttosto semplice, ma la realizzazione concreta degli interventi conseguenti non sempre è un percorso altrettanto scontato.

IL 5 PER MILLE ALL’ENPAM

Com’è noto, l’ENPAM non è solo l’Ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri italiani, ma è anche un ente assistenziale che svolge per i colleghi meno fortunati un importante ruolo di sostegno attraverso l’erogazione di prestazioni assistenziali.

Nel 2011 sono stati erogati più di 1.800 contributi per un totale di 8 milioni di euro e purtroppo il numero di richieste di aiuto di colleghi e familiari superstiti di colleghi tende drasticamente ad aumentare.

Al fine di allargare la platea dei beneficiari e per migliorare le prestazioni di assistenza, l’ENPAM ricorda che è possibile destinare il 5 per mille alla Fondazione, indicandolo nella propria dichiarazione dei redditi.

Si tratta di uno strumento che può contribuire a rafforzare il ruolo dell’ENPAM di aiuto e di sostegno in favore dei colleghi bisognosi.

Per aderire è sufficiente firmare nell’apposito riquadro della dichiarazione dei redditi “Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale” e indicare il codice fiscale dell’ENPAM: **80015110580**.

Grazie da tanti colleghi che attendono il nostro aiuto.

Termini scientifici nella pratica medica, un'ASL padovana ne vieta l'uso

Prof. Fortunato Berardi

"Gastralgia post-prandiale o una dolenzia in sede epigastrica" per mal di stomaco; "è in atto una defervescenza", per rapida discesa della febbre; "una banale odontalgia", per un semplice mal di denti; "è opportuna una balneoterapia", per utilità delle terme o bagni marini; una serie di sigle criptiche; e così via!

Dopo i politici con il loro linguaggio politichese, i funzionari pubblici che parlano e scrivono in burocratese, anche i medici sono accusati di usare, talvolta, un linguaggio difficile, con tecnicismi, spesso incomprensibili, per molti pazienti.

Dal settembre 2010, l'ASL padovana ha invitato (pare intimato!) i suoi medici a parlare chiaro con i pazienti e rispettivi parenti. Non soltanto, ma un principio ovvio per tutti colleghi, il medico dovrà anche accertarsi che dopo la visita il malato abbia compreso perfettamente quanto detto e concordato.

Queste, sono le indicazioni contenute in una disposizione, della Azienda Sanitaria, al personale medico e non medico, che specificamente indica come "il processo informativo deve essere modulato sulle richieste di sapere del paziente, prevedendo tempi e luoghi adeguati; modalità di linguaggio appropriato, gradualità delle notizie, tenendo conto delle persone che il paziente intende rendere partecipe". Insomma, è necessario il massimo rispetto per chi è di fronte e, soprattutto, astenersi da termini astrusi per i pazienti o troppo specialistici, che sarebbero indicati ed adeguati in un convegno per medici, ma non per parlare con persone alle prese con problemi di salute. Lo stesso documento, dell'ASL padovana intende eliminare le barriere che talvolta si creano tra medici e pazienti, dal momento della diagnosi a quello

della indicazione terapeutica. Il linguaggio è un elemento fondamentale! Per essere bravi medici non è sufficiente essere buoni professionisti, è opportuno anche saper parlare al malato. Insomma, saper comunicare!. Al termine del colloquio, il medico proponente, prevede il protocollo padovano, verificherà che i contenuti dell'informazione siano stati recepiti, rendendosi disponibili per eventuali, ulteriori chiarimenti. Il Direttore Generale dell'Azienda padovana ribadisce il concetto dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente, ogni sanitario deve essere in grado, quindi, di spiegare al malato cosa ha, come verrà curato e quali rischi può correre.

Sottoscrive e plaude all'iniziativa anche il Vicepresidente della FNOMCEO e Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Padova, Maurizio Benato, il quale sottolinea: "un'informazione al paziente che sia il più possibile chiara e comprensibile è fondamentale". Afferma anche che non bisogna dimenticare come la medicina sia una scienza relazionale, nella quale il linguaggio gioca un ruolo importantissimo. Dunque, per i camici bianchi parlare chiaro deve essere una priorità "il malato deve essere perfettamente conscio dei rischi che corre prima di accettare la terapia e dare il proprio consenso informato". Benato, aggiunge ancora che "in passato il medico nascondeva la sacralità del suo atto attraverso un linguaggio oscuro. Oggi occorre decisamente cambiare registro". In definitiva con termini poco scientifici, si potrebbe affermare che secondo l'ASL padovana, il medico, nella sua pratica sanitaria "dovrebbe parlare come mangia", cioè: semplicemente!; per il bene dei malati e per la sua ottimale accettazione.

Prevenzione dell'ulcera nei pazienti in terapia con "ASA" o "FANS"

Dott. Massimo Sorbo

L'acido acetilsalicilico e altri farmaci antiinfiammatori non steroidei possono causare ulcera peptica e il rischio è più elevato nei soggetti che presentano infezione da *Helicobacter pylori*. I farmaci utilizzati per la prevenzione dell'ulcera in pazienti trattati con FANS comprendono gli antagonisti dei recettori H₂, gli inibitori della pompa protonica (IPP), gli antiacidi contenenti alluminio o magnesio, la prostaglandina misoprostolo, e gli antibiotici per l'eradicazione dell'*Helicobacter pylori*.

I FANS hanno più probabilità di causare una ulcera gastrica piuttosto che duodenale.

In uno studio della durata di 6 mesi, condotto su pazienti sottoposti a terapia a lungo termine con FANS, la famotidina (40 mg, due volte/die) si è dimostrata significativamente più efficace del placebo nella prevenzione dell'ulcera gastrica, che è stata rilevata all'esame endoscopico nel 20% dei pazienti trattati con placebo e nell'8% di quelli trattati con famotidina. In un altro studio della durata di tre mesi, in 404 pazienti adulti trattati con 75-325 mg/die di acido acetilsalicilico (ASA), la prevalenza di ulcere gastriche è stata del 15% con placebo e del 3,4% con famotidina, mentre la prevalenza di ulcere duodenali è stata dell'8,5% e dello 0,5% rispettivamente. Comunque l'impiego continuativo di questo farmaco ha indotto lo sviluppo di tolleranza con conseguente perdita di efficacia. Uno studio condotto su 169 pazienti trattati con FANS, ha confrontato un trattamento con omeprazolo (20 mg/die) versus placebo; dopo sei mesi, l'incidenza di ulcere rilevate endoscopicamente è stata del 3,6% nel gruppo omeprazolo e del 16,5% nel gruppo placebo. Uno studio più recente (VENUS) effettuato su 844

pazienti, ha rilevato che un trattamento della durata di 6 mesi con esomeprazolo (20 o 40 mg/die) è stato più efficace del placebo nel prevenire la comparsa di ulcere nei pazienti che assumevano FANS; in particolare si sono sviluppate ulcere nel 20% del gruppo placebo, nel 5% del gruppo esomeprazolo 20 e nel 4% del gruppo esomeprazolo 40.

Un altro studio ha confrontato l'esomeprazolo (20 o 40 mg/die) contro placebo in pazienti in trattamento con ASA (75-325 mg/die) con uno o più fattori di rischio aggiuntivo, quali l'età superiore a 65 anni, o una pregressa ulcera peptica; dopo 26 settimane, l'endoscopia ha evidenziato la presenza di ulcere nel 7,4% dei pazienti del gruppo placebo, contro l'1,1% e l'1,5% di quelli trattati con esomeprazolo alle dosi di 20 e 40 mg, rispettivamente.

Il misoprostolo, un analogo sintetico della prostaglandina E₁, è in grado di prevenire l'ulcera gastrica e duodenale nei soggetti in terapia cronica con FANS. Il misoprostolo può avere una efficacia simile a quella degli IPP, ma necessita di più somministrazioni giornaliere e presenta effetti collaterali quali dolori addominali, diarrea dose-correlata, nausea ed è inoltre controindicato in gravidanza.

Una meta analisi di cinque studi prospettici sull'eradicazione dell'*Helicobacter pylori* ha rilevato una riduzione del rischio di ulcere nei pazienti che non avevano ancora iniziato una terapia con FANS, ma non in quelli già in terapia con FANS; per questo l'American College of Gastroenterology attualmente raccomanda di diagnosticare la presenza dell'infezione prima di iniziare una terapia a lungo termine con FANS. Per quanto riguarda gli antiacidi a base di alluminio o magnesio non vi sono prove convincenti

che il loro impiego possa prevenire lo sviluppo di ulcera peptica in pazienti trattati con ASA o FANS ed inoltre possono provocare stipsi (alluminio) e diarrea (magnesio). In conclusione possiamo affermare che al di là dell'effetto gastroprotettivo generale di tutti i farmaci menzionati, la terapia con un

inibitore della pompa protonica (IPP) può sicuramente prevenire le ulcere in pazienti in terapia cronica con ASA o FANS senza particolari effetti collaterali o possibile sviluppo di tolleranza.

The Medical Letter, XXXIX,9,2010: 38-39

Nota Informativa Importante sull'utilizzo di protossido di azoto (N₂O) del 28/02/2011

Commissione consultiva tecnico scientifica per la valutazione dei farmaci

Nel corso dei lavori dell'1 e 2 febbraio 2011, la Commissione Consultiva Tecnico Scientifica per la valutazione dei farmaci

(CTS) ha approvato il seguente testo relativo a una "DDL sull'uso extraospedaliero del protossido d'azoto" dando indicazione, nel contempo, di pubblicazione sul sito dell'Agenzia.

Per completezza di informazione, si precisa che nella seduta del 21 e 22 dicembre 2010 la CTS ha deciso di riclassificare le confezioni di protossido d'azoto ≤ 20 chilogrammi in C-USPL. Problematiche di sicurezza e precauzioni di utilizzo extra-ospedaliero del farmaco protossido d'azoto (N₂O) Caro Dottore, gentile dottoressa, l'utilizzo di protossido di azoto (N₂O) è permesso solo attraverso specifiche apparecchiature che impediscono l'erogazione di miscele ipossiche e solo in specifici ambienti con adeguato ricircolo d'aria. Il farmaco, in ambiente extraospedaliero, è da utilizzarsi alla concentrazione massima del 50% in ossigeno (cioè non più del 50% di protossido di azoto e almeno 50% di ossigeno). L'unica eccezione è rappresentata dalla sedazione cosciente praticata da esperti odontoiatri sedazionisti che, con il paziente sicuramente cosciente (come documentato dalla apertura della bocca), possono impostare, per brevi periodi di tempo, una erogazione a concentrazioni fino al

70%. Il protossido di azoto è da decenni ampiamente utilizzato in ambito extraospedaliero, soprattutto in campo odontoiatrico, come analgesico ansiolitico. Non sono ad oggi state descritte gravi complicanze secondarie al suo utilizzo come analgesico ansiolitico in ambito extraospedaliero.

Il protossido di azoto deve essere utilizzato solo in presenza di personale medico o odontoiatra con adeguato training in rianimazione cardiopolmonare (BLS-D) e consapevole di come A) in caso di perdita di coscienza si debba immediatamente interrompere la somministrazione del protossido di azoto e di come B) in caso di apnea si debba immediatamente procedere a rendere pervie le vie aeree del paziente (per esempio con la triplice manovra di estensione del capo, sublussazione della mandibola e apertura della bocca) e eventualmente supportare la ventilazione del paziente (per esempio con il pallone auto espansibile e una mascherina facciale). L'utilizzo del protossido di azoto (N₂O) in ambiente extraospedaliero, non deve essere associato all'utilizzo di altri farmaci anestetici, ipnotici, sedativi o antidolorifici maggiori se non in presenza di un anestesista-animatore. L'utilizzo di protossido di azoto può invece precedere o seguire l'infiltrazione di anestetici locali, come per esempio in odontoiatria.

l'alimentazione naturale nella prevenzione del cancro

Dott. Francesco Gamuzza

Il tumore rappresenta la seconda causa di mortalità nei Paesi industrializzati. Nel 2011 il numero dei nuovi casi in Italia è stato di circa 360.000. Secondo gli esperti tali numeri sono destinati ad aumentare.

Non è nota la causa certa del cancro, al contrario conosciamo molto bene i fattori che lo favoriscono e quindi se eliminati si otterrebbe una notevole riduzione della sua frequenza. Essi sono: il tabagismo, l'alcool, l'assenza di attività fisica, le radiazioni, alcuni virus (in particolare quelli dell'epatite e quello del cancro del collo uterino), gli inquinanti diffusi nell'ambiente in cui viviamo (vedi i pesticidi, le polveri sottili), i farmaci e tra questi alcuni chemioterapici, che annullano le nostre difese immunitarie e soltanto in un ristretto numero di situazioni possono risultare utili e ultima, ma non per importanza, l'Alimentazione. Anche Ippocrate dava importanza ad essa affermando: "Che il cibo sia la tua medicina"; purtroppo noi medici dimentichiamo spesso di suggerire questa verità ai nostri pazienti.

Per cercare di invertire questa tendenza è necessario riflettere sulle caratteristiche delle sostanze con le quali ci alimentiamo.

Sappiamo per certo che i cibi di derivazione animale, consumati quotidianamente, come tutte le carni in particolare quelle rosse, gli insaccati, il latte e tutti i suoi derivati, a causa del loro alto contenuto in proteine, in grassi saturi e in colesterolo forniscono all'organismo sostanze inadatte dal punto di vista salutistico (M. Traverso), anche perché provengono da animali alle-

vati in batteria, senza luce naturale, quindi impediti nel loro movimenti, nutriti con mangimi artificiali o con granaglie ricche in grassi omega-6, ma privi di omega-3 e ai quali, in alcuni casi, vengono somministrati farmaci vari oltre ai corticosteroidi con il solo scopo di incrementare il loro peso per fini esclusivamente commerciali (C. Kousmine). Inoltre per quanto riguarda la carne si sa che contiene numerose sostanze tossiche derivate dal metabolismo anaerobico dei microbi della putrefazione che promuovono la frollatura, processo importante per renderla più tenera e quindi più commerciabile; (la frollatura è definita una putrefazione tenuta sotto controllo dalle basse temperature (M. Riefoli); per tale motivo il fegato essendo impegnato al massimo grado nel tentativo di disintossicarci da queste sostanze proteiche di origine animale innaturali e tossiche è impossibilitato a disattivare molte sostanze cancerogene contemporaneamente presenti come: le nitrosamine, le amine eterocicliche dovute alla cottura alla brace; i nitriti e i nitrati utilizzati per dare a molti tipi di carne un aspetto di freschezza, l'acrilamide prodotta in corso di frittura, molti dei conservanti e degli additivi sintetici presenti anche in altri cibi, l'aflatossina B1 una micotossina che può svilupparsi in alcune farine utilizzate come mangimi ed anche nella stessa farina conservata nei depositi per molte settimane prima di essere utilizzata per la panificazione (Kousmine C.). Riporto, a questo proposito, l'esperienza di uno scienziato americano Thomas Colin Campbell che in un suo studio, esemplare per metodologia, durato circa

20 anni e denominato “China Study” svoltosi in Cina con la collaborazione anche di studiosi locali e terminato nel 2005, giunse alla conclusione che, a parità di presenza di sostanze cancerogene nell’organismo, se ci si limita all’ingestione quotidiana di proteine di origine animale soltanto nella quantità del 5% delle calorie totali il cancro si può sviluppare, a parità di altre cause, soltanto in un piccolissimo numero di casi; il contrario si verifica quando la quantità somministrata è progressivamente maggiore. Da questi studi emerge anche l’evenienza che, quando il tumore si trova nello stadio di focolaio molto iniziale, l’abolizione dell’introduzione di cibi di origine animale può dare luogo anche ad un stop della sua crescita. Questo risultato rappresenta la prova lampante della pericolosità di questo tipo di alimentazione. Faccio notare che queste conclusioni ottenute in laboratorio sono state confermate totalmente sull’uomo cinese e americano (popolazioni scelte perché hanno stili alimentari alquanto diversi).

Secondo le risultanze di questo studio anche la presenza dei grassi saturi e del colesterolo ha una rilevanza importante ai fini dell’insorgenza del cancro. I grassi saturi, per le loro caratteristiche chimiche e in assenza di attività fisica, creano depositi addominali e viscerali di tessuto adiposo che risultano pericolosi dal punto di vista metabolico perché tra l’altro rendono meno attiva l’insulina malgrado la presenza di uno stato di iperinsulinemia, derivando da ciò uno stimolo anomalo sulla proliferazione cellulare. Anche l’eccesso di colesterolo può avere un’influenza sull’insorgenza del cancro; prima di tutto perché è un precursore degli ormoni steroidei (androgeni ed estrogeni) che svolgono un’azione determinante per la crescita di alcuni tumori ormonodipendenti, secondo perché le cellule tumorali sono affamate di colesterolo e quindi metabolizzandolo, rilasciano

sostanze che comportano una riduzione della risposta immunitaria antitumorale (V. Russo e Coll.). Anche il latte e i suoi derivati, utilizzati frequentemente, in quanto ricchi di proteine animali, secondo studi recenti, innalzano i livelli di un ormone denominato IGF-1 (Insulin-like) che aumenta di molto i rischi in modo particolare per i tumori della mammella, dell’ovaio, della prostata del colon, proprio perché essendo un ormone della crescita favorisce la proliferazione delle cellule proprie di questi organi; infatti per la sua pericolosità, sul piano finalistico, dopo l’adolescenza si riduce progressivamente la produzione di tale sostanza (A. Villarini). A questo punto desidero fare delle riflessioni su quale alimentazione può essere determinante per ridurre l’insorgenza del tumore o una sua recidiva o la velocità della sua crescita.

Sono convinto, dopo aver controllato numerosi studi in proposito, che è raccomandabile adottare, una dieta in gran parte di origine vegetale (Young R.O.). Questa si basa sull’uso: di cibi naturali, possibilmente biologici, come frutta, verdura, legumi di ogni tipo, carboidrati complessi non raffinati dall’industria di cui sono fatti la pasta, il pane, il riso integrali; di zuccheri non raffinati o ancora meglio di dolcificanti naturali come la Stevia, di olio di oliva, olio di lino, di girasole, questi ultimi due estratti a freddo per evitare modificazioni nocive apportate dal calore (produzione di acidi grassi-trans) associati alla frutta secca (noci, mandorle) perché nell’insieme risultano ricchi di grassi omega-3 e omega-6, presenti nel giusto rapporto 1 a 4, e che rappresentano degli stimolanti del Sistema Immunitario e dei fattori antinfiammatori. L’aggiunta non frequente di pesce di piccola taglia possibilmente non inquinato e nella dose corretta tale da non superare il 5%, come proteine, delle calorie totali giornaliere può completare la nostra

alimentazione anticancro. L'insieme dei cibi sopra riportati sono completi sul piano nutrizionale e non necessitano di ulteriori integratori sintetici. Questo sistema di alimentazione sicuramente è un modo efficace per allontanare la spauracchio del secolo. In attesa dei progressi ulteriori che la scienza medica farà in questo

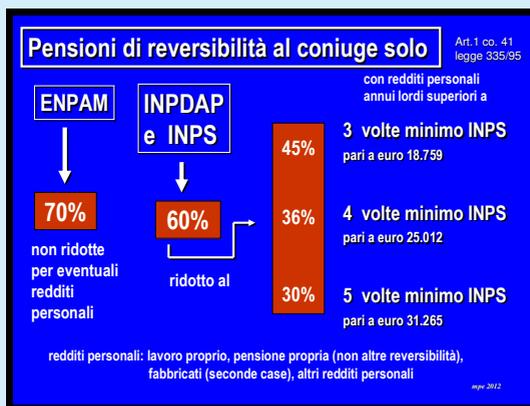
campo godiamoci quanto Madre Natura con sapienza infinita ci fornisce negli alimenti naturali possibilmente senza apportare modificazioni e raffinazioni particolari che nel tempo si sono dimostrate commercialmente valide, ma salutisticamente portatrici di disastri di incalcolabile gravità.

Reversibilità e decurtazioni pensioni inps-inpdap

In seguito al nuovo minimo INPS derivante dall'indice di rivalutazione Istat 2011 fissato al 2.7% e pari a 481 euro mensili sono stati resi ufficiali i nuovi limiti dei redditi del coniuge superstite cumulabili con la pensione di reversibilità secondo la legge Dini 335/1995 art. 1 comma 41.

E precisamente:

- nessuna decurtazione della pensione di reversibilità e cioè 60% del de cuius se i redditi del coniuge superstite (lavoro proprio, pensione propria, fabbricati – seconde case, altri redditi personali) non superano i 18.758 euro annui;
- riduzione del 25% se i redditi del coniuge superstite superano i 18.758 euro ma sono inferiori a 25.012 euro annui;
- riduzione del 40% se i redditi del coniuge superstite superano i 25.012 euro ma sono inferiori a 31.265 euro annui;
- riduzione del 50% se i redditi del coniuge superstite superano i 31.265 euro annui.



Tuteliamo il futuro dei nostri figli proteggendo l'ambiente, a partire dal latte materno!

Comunicato inviatoci dal dottor Maurizio Venezi presidente ISDE per la provincia di Perugia

Con la lettura del messaggio augurale del Presidente della Repubblica, con i saluti dei Presidenti di Senato e Camera ed in presenza di un folto pubblico di politici, giornalisti e cittadini giunti da ogni parte d'Italia, è stata lanciata a Roma il 19 marzo nella sala stampa della Camera, la "Campagna Nazionale per la difesa del latte materno dai contaminanti ambientali" www.difesalattematerno.wordpress.com

Il Latte Materno è un Bene Comune di inestimabile valore, nutrimento insostituibile per la salute ed il benessere di tutti i bambini, ma è oggi purtroppo minacciato, al pari di altri Beni Comuni, dal profitto e dall'inquinamento. Le sostanze inquinanti si diffondono infatti nell'aria, nel suolo e nell'acqua, entrano nella catena alimentare, si ritrovano nei nostri corpi ed in particolare i Contaminanti Organici Persistenti (POP) fra cui diossine, PCB, pesticidi ecc. si depositano nei tessuti adiposi. Queste sostanze sono in grado di danneggiare la nostra salute, le cellule germinali, ma soprattutto l'embrione ed il feto durante la vita intrauterina e si ritrovano anche nel latte materno che diventa quindi un importante "indicatore" della salubrità dell'ambiente. Il biomonitoraggio del latte materno viene raccomandato dalla OMS ed eseguito in modo sistematico da decenni in moltissimi paesi europei; ma non purtroppo in Italia dove le indagini sporadicamente eseguite mostrano livelli superiori a quanto si riscontra in altre nazioni. Le associazioni promotrici la Campagna ricordano che gli studi scientifici dimostrano che i bambini non allattati al seno, oltre ad essere più soggetti a malattie acute e croniche, se la cavano peggio anche in caso di ambiente inquinato in quanto il latte materno mantiene

- pur in presenza di contaminanti - tutte le sue virtù benefiche. L'allattamento va pertanto in ogni modo promosso ed incentivato in quanto rappresenta un vero "antidoto" alla esposizione agli agenti tossici, ma da questi va ovviamente preservato e difeso nel modo più efficace possibile. Le richieste della campagna sono molto specifiche e concrete: l'istituzione di un biomonitoraggio, la ratifica della Convenzione di Stoccolma (che ha come obiettivo la difesa della salute umana dai POP e che l'Italia, unico paese in Europa, pur avendola sottoscritta non ha ancora ratificato), la messa al bando di pratiche inquinanti ed assolutamente evitabili come l'incenerimento di rifiuti e biomasse, l'istituzione di controlli più stringenti per gli impianti in essere e la approvazione di un marchio "dioxin free" per gli alimenti. Le associazioni promotrici della Campagna, pur molto diverse fra loro, sono accomunate dalla ferma volontà di salvaguardare la salute dei bambini italiani in cui si riscontrano crescenti segnali d'allarme: aumento di disfunzioni ormonali, diabete, malattie auto-immuni, disturbi dell'apprendimento e soprattutto una incidenza di cancro nettamente maggiore rispetto agli altri paesi europei, nonché una progressiva diminuzione della speranza di vita come indicano i dati eurostat. I Promotori della Campagna intendono in primo luogo informare tutti i cittadini e sensibilizzare politici e istituzioni su problematiche di tale rilievo, chiedono a gran voce che il buon senso prevalga e che si passi finalmente dalle parole ai fatti per salvaguardare, attraverso la tutela del Latte Materno, il diritto dell'infanzia ad una Vita di salute e di pieno benessere.

Cosa ci è consentito dire: per esempio sul riordino del sistema sanitario umbro

Dott. Marco Petrella

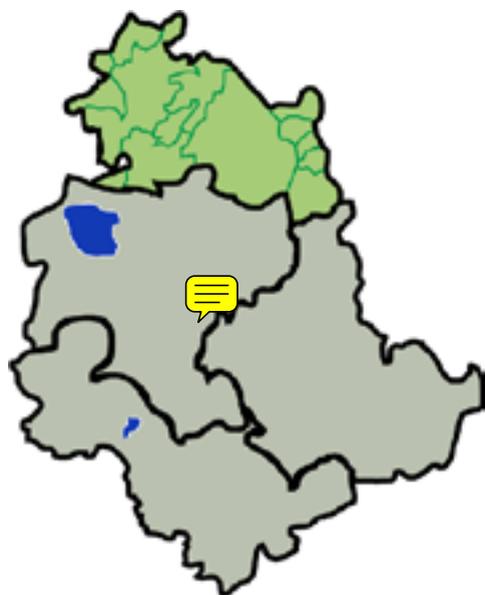
Un tema enorme, questo del riordino, al tempo stesso delicato, che mi impegna ad esprimermi e, al tempo stesso, mi costringe a riflettere su quale sia il punto di vista appropriato per noi medici:

- Tutti noi abbiamo competenze che potrebbero essere utili ai programmatori regionali, ma pochi di noi sono esperti di programmazione sanitaria;
- Abbiamo legittime aspettative professionali che temiamo di veder frustrate da manovre orientate soprattutto al risparmio, ma non sempre tali aspettative sono economicamente insostenibili;
- Siamo, come tutti, portatori di idee politiche, quindi di visioni della società associate a ipotesi diverse di sistema sanitario;
- La salute dei cittadini è il nostro principale obiettivo, ma non lo possiamo perseguire solo applicando i nostri strumenti tecnici, non possiamo fare molto senza il coinvolgimento dei cittadini e il dialogo con gli amministratori.

Questa, secondo me, è la complessità in cui siamo immersi. Così, mentre noi medici sentiamo di essere tra i primi a dover essere chiamati in causa quando si vuole migliorare un sistema sanitario, i nostri interlocutori sembrano portati soprattutto a diffidare del loro contributo. Si passa così da tentativi tipo “non disturbate il manovratore” a scorciatoie tipo “concertazione sindacale”, si va dal parlare con il medico di cui ci si fida politicamente al dare ascolto a quello che si ritiene sia un “opinion leader”.

Mentre le forze in campo più strutturate (poteri accademici, gruppi economici, clientele territoriali) influenzano già il futuro della nostra sanità, marciando dietro la copertura della stretta finanziaria, a noi non resta che sperare che alcune scelte possano essere migliorate, per esempio convocando rappresentanze di medici, che su specifici temi siano riconosciuti dai loro colleghi come portatori di sapere.

Mentre metterei da parte l'essere medico, per quanto possibile, se quello che vogliamo esprimere è il parere di un semplice cittadino, la posizione di un rappresentante politico o la rivendicazione di un sindacalista ...tanto per non aggiungere confusione...



Le origini della medicina

Dott.ssa Stefania Petrelli

Circa 2600 anni fa, nell'antica Grecia, veniva praticato il culto di Asclepio, dio della medicina, al quale erano dedicati templi che ospitavano veri e propri centri medici (il più famoso dei quali si trova ad Epidauro). Secondo la leggenda, Asclepio era figlio di Apollo, dio greco del Sole, e di una donna, Coronide, la quale, durante la gravidanza, si invaghì di un uomo mortale, pagando poi questa infedeltà con la vita. Tuttavia, quando il cadavere di Coronide fu posto sulla pira, Apollo, per non perdere suo figlio, rapì dal cadavere il bambino con un taglio cesareo. Nacque così Asclepio, che fu portato a Creta ed affidato alle cure del centauro Chirone, che fece da maestro al piccolo semidio, istruendolo sull'arte della guarigione, per la quale il giovane era molto appassionato. Quando Asclepio diventò esperto di chirurgia e dell'uso di medicinali, lasciò il maestro Chirone e decise di mettersi al servizio di chiunque avesse bisogno. Fu così che i malati da lui curati eressero templi in suo onore, che presto divennero veri e propri centri di cura, oltre che santuari, con il nome di Asclepeion (Asclepeia in plurale). Il culto di Asclepio, dio della medicina e della guarigione, si diffuse in tutta la Grecia fra il VI e il IV secolo a.C., per poi approdare anche a Roma nel corso del III sec. a.C.. Al riguardo, Tito Livio e Ovidio riferiscono che, nel 293 a.C., una gravissima pestilenza flagellava gli abitanti di Roma e, per questo, si decise di stroncare la peste con l'intervento del dio greco Asclepio, la cui fama era giunta fino all'Urbe dalle colonie della Magna Grecia. La leggenda narra che un serpente, animale sacro che simboleggiava la funzione terapeutica della divinità, si rifugiò nell'isola Tiberina, allora fuori dalla cinta muraria, sulla quale venne eretto il primo tempio dedicato ad Esculapio (latinizzazione

del nome greco Asclepio). Da allora, il culto del dio si diffuse prima nel Lazio e poi in Italia. La guarigione era vista come un fatto straordinario che dipendeva dal volere divino, dal quale provenivano anche le malattie. Il paziente si rimetteva alla grazia divina, e il medico altro non era che un sacerdote del dio dotato di scienza e fede. I pazienti guariti dal dio Asclepio erano soliti descrivere la malattia di cui hanno sofferto nonché la guarigione attribuita alla divinità, incidendo delle tavolette di terracotta o delle colonne, esaltando l'efficacia terapeutica del dio Asclepio, dispensatore di salute. Anticamente, la dialettica malattia/guarigione era riferita al soprannaturale:

come gli dei infliggono le malattie per castigo (si veda la prima parte dell'Iliade, in cui Apollo, a causa dell'oltraggio che Agamennone perpetrò nei confronti di Crise, sacerdote del dio, diffuse nell'esercito acheo una epidemia di peste), così gli stessi dei dispensano cure e guarigioni. Tutto ciò che sfugge al controllo dell'uomo veniva attribuito agli dei, alla cui benevolenza l'uomo malato doveva ricorrere per essere guarito. Durante tutto questo lasso di tempo la medicina, in Grecia, continuò a fondarsi sulla religione, piuttosto che sull'analisi basata su un approccio empirico. Fu Ippocrate di Kos (Coo, 460 a.C. – Larissa, 377 a.C.) a rivoluzionare il concetto di medicina, distinguendola dal campo della teurgia e della filosofia, e rendendola una vera e propria professione. Egli proveniva da una famiglia aristocratica e vantava, per parte di padre (a sua volta medico), una discendenza diretta dal dio Asclepio. Ippocrate può essere considerato il "padre" della medicina moderna, basata sullo studio sistematico del malato e dei casi in esame: la malattia o la salute di un individuo,

secondo Ippocrate, non dipendevano esclusivamente dalla volontà divina, ma da specifiche circostanze naturali. Egli, inoltre, praticò l'anatomia attraverso la dissezione sui cadaveri, introdusse il concetto di diagnosi e di prognosi, attraverso l'osservazione razionale dei pazienti per cogliere i sintomi e l'aspetto della malattia, e valorizzò anche il dialogo fra medico e paziente. Ippocrate, ai giorni nostri, è famoso non solo grazie all'importante opera "*Corpus Hippocraticum*" (in cui è raccolta la sua conoscenza frutto di anni di esperienza), ma anche per il giuramento cui sono tenuti tutti gli esercenti le professioni mediche, il c.d. "*Giuramento di Ippocrate*". L'originale versione di tale giuramento

differisce da quella attuale, ma entrambe sono accomunate da un profondo senso di responsabilità in capo al neo medico, che deve curare ogni malato con eguale scrupolo, astenendosi dal compiere qualsiasi danno o offesa, avendo il dovere di difendere la vita e mantenere il segreto professionale. Oggi come allora, dunque, il medico, attraverso lo studio della malattia, ricopre nella società un ruolo tanto essenziale quanto delicato, e non raramente riesce a curare il malato grazie a quel *non plus ultra*, frutto del connubio fra esperienza e intuito, che lascia nel paziente guarito un profondo senso di gratitudine, e che conferisce, ancora, un'aura di religioso rispetto alla professione medica.



Con la presente si informa che la FNOMCeO ha stipulato con l'Alitalia una convenzione che consente di usufruire di tariffe agevolate. La Federazione ha ottenuto di estendere detta convenzione a tutti gli iscritti agli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri. Condizioni necessarie per poter beneficiare delle tariffe agevolate sono:

- la comunicazione - all'atto della prenotazione - degli estremi dell'iscrizione all'Ordine;
- effettuare la prenotazione presso l'Agenzia Bonvoyage, unica abilitata all'applicazione di tali tariffe;
- l'esibizione del tesserino al personale Alitalia degli aeroporti di partenza.

Per questo motivo si consiglia di viaggiare sempre muniti di un documento che identifichi il viaggiatore come iscritto ad un Ordine dei Medici e degli Odontoiatri (tesserino di iscrizione all'Ordine) onde facilitare e velocizzare gli eventuali controlli da parte del personale Alitalia.

Si fa presente, inoltre, che le tariffe agevolate di cui sopra sono valide solo per gli iscritti agli Ordini e non sono, quindi, estensibili ai familiari.

Confidando nella collaborazione di tutti, si inviano i più cordiali saluti.

Chi può chiedere la pensione nel 2012?

LA RIFORMA "FORNERO"

In base a tale legge, gli iscritti INPDAP e INPS che hanno già maturato entro il 31 dicembre 2011 requisiti per la pensione di vecchiaia o di anzianità, potranno andare in pensione secondo le norme previgenti e cioè all'apertura della finestra mobile di dodici mesi dalla data di raggiungimento dei requisiti di età anagrafica e/o di contribuzione. Se la finestra di uscita si era già aperta potranno scegliere liberamente la data di cessazione dell'attività.

La riforma riguarderà quindi tutti gli altri iscritti per i quali, previa eliminazione ed assorbimento delle cosiddette finestre di uscita, vengono fissati dal 1° gennaio 2012 nuovi requisiti **effettivi**, per le due tipologie di pensione, di vecchiaia e di anzianità.

Requisiti per la pensione di vecchiaia

- a) – almeno 20 anni di contribuzione;
- b) – età anagrafica per le donne dipendenti pubbliche (INPDAP) e per gli uomini dipendenti pubblici iscritti all'INPDAP o privati iscritti all'INPS: 66 anni (dal 2021 67 anni);
 - età anagrafica per le dipendenti private iscritte all'INPS: 62 anni nel 2012; 63 anni e 6 mesi dal 2014; 65 anni dal 2016; 66 anni dal 2018; dal 2021 67 anni come per gli uomini.

Requisiti per la pensione anticipata

- a) – a qualsiasi età;
- b) – per gli uomini iscritti INPDAP o INPS: 42 anni e 1 mese di contribuzione nel 2012; 42 anni e 2 mesi nel 2013; 42 anni e 3 mesi nel 2014.
 - per le donne iscritte INPDAP o INPS: 41 anni e 1 mese di contributi nel 2012; 41 anni e 2 mesi nel 2013; 41 anni e 3 mesi

nel 2014.

Tutti i nuovi requisiti, sia anagrafici sia di contribuzione, saranno aggiornati e adeguati ogni triennio (dal 2019, ogni biennio), in base all'incremento della speranza di vita media residua, come registrato dall'ISTAT.

Per i mesi e gli anni di continuazione dell'attività dopo il 31 dicembre 2011, la quota di pensione maturata sarà determinata con il sistema contributivo e si aggiungerà a quella a calcolo retributivo, nell'ambito del conteggio della pensione maturata comunque limitato a non più di 40 anni utili.

Le future pensioni anticipate inoltre, sconteranno, sulla quota a calcolo retributivo maturata fino al 2011 compreso, una penalizzazione dell'1% ad anno per i primi due anni di anticipazione rispetto all'età di 62 anni e del 2% per quelli ancora precedenti

CHI POTRA' DUNQUE PENSIONARSI NEL 2012?

Come già abbiamo accennato, potranno andare in pensione praticamente soltanto i medici dipendenti che hanno già maturato i requisiti nel 2011, perché i nuovi requisiti di età e/o di contribuzione previsti e richiesti nel 2012 dalla riforma, pur assorbendo i 12 mesi della finestra mobile abolita, sono maggiori di almeno un anno di quelli vigenti precedenza.

Potranno quindi pensionarsi i medici che hanno raggiunto o superato nel 2011 o in anni precedenti le cosiddette quote 95, 96, 97 (anni di contribuzione + età anagrafica) previste dalle precedenti normative o il limite dei 40 anni di anzianità utile, oppure i dipendenti pubblici e privati che **entro il 2011** hanno compiuto il 65° anno di età, o le dipendenti pubbliche che hanno compiuto i

61 anni di età.

Oltre a loro, potranno andare **in pensione di vecchiaia** soltanto quei dipendenti, uomini o donne, che, pur avendo superato già nel 2011 i nuovi più elevati requisiti di età anagrafica previsti dalla riforma, riescano a completare nel 2012 il requisito minimo dei 20 anni di contribuzione.

Ricordiamo infine che la riforma ha mantenuto per le donne dipendenti pubbliche e private la possibilità di anticipare il pensionamento a 57 anni di età (oltre alla finestra mobile di 12 mesi) con una anzianità contributiva di 35 anni, in caso di opzione per il calcolo della prestazione con il metodo contributivo.

PENSIONE DI VECCHIAIA E DI ANZIANITA' NEL 2012 PER I MEDICI CONVENZIONATI CON IL S.S.N.

I nuovi requisiti previsti dalla legge 214 non riguardano direttamente l'ENPAM: la Fondazione sta elaborando per le proprie gestioni previdenziali modifiche regolamentari che dovranno essere deliberate entro il 30 giugno 2012 ed entreranno in vigore dopo le approvazioni ministeriali o più probabilmente con effetti dal 2013.

In base alle normative tuttora vigenti, pertanto, i medici iscritti ai Fondi gestiti dall' ENPAM (medici di base, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e convenzionati esterni) potranno nel 2012, chiedere la pensione di vecchiaia o di anzianità se in possesso dei seguenti requisiti.

Pensioni di vecchiaia

- compimento del 65°anno e cessazione dell'attività convenzionata.

Il requisito dei 65 anni è identico per gli uomini e per le donne e il diritto alla *pensione*

ordinaria maturerà qualunque sia l'anzianità contributiva raggiunta.

Anche gli iscritti cessati dall'attività convenzionata prima del 2012 e che non avevano potuto richiedere la pensione di anzianità per mancanza dei requisiti minimi occorrenti, al compimento del 65° anno, nel corso del 2012, potranno chiedere la prestazione maturata per i contributi versati e rimasti presso il Fondo Speciale. In questa ipotesi, se i periodi di contribuzione raggiungono almeno un totale di 15 anni, l'Ente corrisponderà la pensione (o quote di pensione in caso di contributi presso più Fondi). Se invece il numero di anni risulterà complessivamente inferiore a 15, la prestazione previdenziale sarà costituita dalla restituzione dei contributi versati, rivalutati al tasso del 4,50%. Le pensioni di *vecchiaia* ENPAM non sono subordinate all'attesa di "finestre" di uscita e decorrono dal mese successivo al compimento del 65° anno o alla data di cessazione dell'attività convenzionata, se successiva.

Pensioni di anzianità

- anzianità contributiva di 35 anni, 58 anni di età ed anzianità di laurea di 30 anni, oppure prescindendo da una età minima, anzianità contributiva di 40 anni (e anzianità di laurea di 30).

Per le pensioni di anzianità ENPAM, invece, valgono ancora le cosiddette finestre di uscita che spostano la decorrenza effettiva della pensione rispetto al trimestre di raggiungimento dei requisiti di età e di contribuzione, di un periodo che può raggiungere anche 8 mesi, secondo le date riportate nel prospetto seguente.

ENPAM iscritti convenzionati – finestre pensioni anzianità	
Requisiti contribuzione ed età entro il	Decorrenza pensione
2° trimestre 2011	1° gennaio 2012
3° trimestre 2011	1° aprile 2012
4° trimestre 2011	1° luglio 2012
1° trimestre 2012	1° ottobre 2012
2° trimestre 2012	1° gennaio 2013

Decreto liberalizzazioni, cosa cambia in tema di preventivo e società tra professionisti

Dall'ANDI

Conversione in Legge, con modificazioni del Decreto - Legge 24 gennaio 2012 n.1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività. Questi gli emendamenti modificati, rispetto al testo licenziato dal Governo e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Emendamento in tema di preventivo e società tra professionisti. Disposizioni sulle professioni regolamentate: sono abrogate le tariffe delle professioni regolamentate nel sistema ordinistico. Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico fornendo le informazioni utili circa gli oneri che si possono ipotizzare dal momento del conferimento sino alla conclusione dell'incarico. La misura del compenso deve essere previamente resa nota al cliente con un preventivo di massima e deve essere adeguata all'importanza della

prestazione e deve essere pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese oneri e contributi (**cancellato l'obbligo del preventivo scritto**). Società tra professionisti: il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi delle deliberazioni o decisioni dei soci; il socio professionista può opporre agli altri soci il segreto concernente le attività professionali a lui affidate; l'atto costitutivo deve prevedere la stipula di polizza assicurativa per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile per i danni causati ai clienti dai singoli soci professionisti nell'esercizio dell'attività professionale.

Decreto Salva Italia: "premiati" i dentisti coerenti agli studi di settore

Dall'ANDI

Tra le tante norme che interessano gli studi odontoiatrici introdotte con il Decreto "Salva Italia" **i contribuenti congrui (anche per adeguamento) e coerenti agli studi di settore**, fermo restando l'indicazione fedele di tutti i dati previsti dagli studi di settore, **potranno godere di un nuovo regime premiante**.

Secondo quanto previsto dall'art. 10 commi 9 e successivi, al contribuente che, anche per effetto di adeguamento, risulti essere congruo e coerente agli studi, sono riconosciuti particolari benefici, **quali la preclusione da accertamento analitico - induttivo** (sia ai fini delle imposte sul reddito che ai fini Iva), la riduzione da cinque

a quattro anni dei termini di prescrizione per l'accertamento e l'innalzamento da 1/5 a 1/3 dello scostamento tra reddito accertato e reddito dichiarato richiesto per l'accertamento sintetico. I contribuenti non congrui saranno, invece, destinatari di specifici piani di controllo dell'Agenzia delle Entrate e della Guardia di Finanza predisposti sulla base dell'analisi del rischio di evasione del contribuente; per i contribuenti non congrui e non coerenti, i controlli si svolgeranno prioritariamente utilizzando gli strumenti dell'indagine finanziaria.

Decreto semplificazioni, le norme che interessano il dentista

Dall'ANDI

Queste le misure contenute nel Decreto fiscale "Disposizioni urgenti in materia di semplificazioni tributarie, di efficientamento e potenziamento dell'accertamento, nonché ulteriori disposizioni urgenti in materia finanziaria" recentemente approvato che possono interessare il dentista libero professionista.

Rateizzazione flessibile per i debiti con Equitalia: possibilità di piani di ammortamento a rata crescente sin dalla prima richiesta di dilazione; decadenza del beneficio per mancato pagamento di due rate consecutive.

Suppressione Spesometro e re istituzione dell'elenco clienti-fornitori: dal 1 gennaio 2012 l'obbligo di comunicazione delle operazioni rilevanti ai fini dell'imposta sul valore aggiunto per le quali è previsto l'obbligo di emissione della fattura è assolto con la trasmissione, per ciascun cliente e fornitore, dell'importo di tutte le operazioni attive e passive effettuate; per le operazioni per le quali non è previsto l'obbligo di emissione della fattura la comunicazione telematica è dovuta solo per le operazioni di importo non inferiore ad € 3.600,00 Iva inclusa.

Esportazione capitali all'estero: sanzioni fino al 40% per chi verrà sorpreso ad esportare capitali all'estero oltre la soglia consentita di € 10.000,00.

Crediti tributari di modesta entità: a decorrere dal 1 luglio 2012 non si procede all'accertamento, all'iscrizione a ruolo ed alla riscossione dei crediti relativi a tributi erariali, regionali e locali qualora l'ammontare dovuto, compreso di sanzioni amministrative ed interessi non superi, per ciascun credito, l'importo di € 30,00 per ciascun esercizio. Per evitare elusioni ed abusi il nuovo limite

non varrà in caso di accertate ripetute violazioni degli obblighi di versamento.

Omissa o infedele presentazione dei modelli per la comunicazione dei dati rilevanti ai fini dell'applicazione degli studi di settore nonché indicazione di cause di esclusione o di inapplicabilità degli studi di settore non sussistenti che comporti una differenza superiore al 10% o comunque ad € 50.000,00 tra i ricavi o compensi stimati applicando gli studi di settore sulla base dei dati corretti e quelli stimati sulla base dei dati indicati in dichiarazione: utilizzabilità dell'accertamento induttivo; l'Agenzia delle Entrate può determinare il reddito d'impresa ed il reddito di lavoro autonomo sulla base dei dati e delle notizie comunque raccolte o venuti a sua conoscenza potendo prescindere in tutto o in parte dalle risultanze del bilancio e dalle scritture contabili e di avvalersi anche di presunzioni prive dei requisiti di gravità, concordanza e precisione (per gli accertamenti notificati dall'entrata in vigore del decreto).



Il Presidente del Consiglio prof. Mario Monti con il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada.

Nuova direttiva in materia di prodotti per lo sbiancamento

Dott. Armando Fratini

La direttiva 2011/84 modifica la direttiva 76/768/CEE relativa ai prodotti cosmetici .

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA

Vista la proposta della Commissione Europea, considerato quanto segue:

c.2) Il Comitato Scientifico della Sicurezza dei Consumatori (CSCC) ha confermato che una concentrazione massima dello 0,1% di perossido di idrogeno presente nei prodotti per l'igiene orale o liberato da altri composti o miscele presenti in tali prodotti è sicura.

c.3)) Il Comitato Scientifico della Sicurezza dei Consumatori (CSCC) ritiene che l'utilizzo dei prodotti per lo sbiancamento o lo schiarimento dei denti contenenti più dello 0,1 e fino allo 0,6% di perossido di idrogeno presente o liberato da altri composti o miscele contenuti in tali prodotti, può essere considerato sicuro se sono rispettate le seguenti condizioni : è realizzato un esame clinico appropriato al fine di garantire l'assenza di fattori di rischio o di alcuna altra patologia orale preoccupante ...

c.4) E'opportuno pertanto disciplinare tali prodotti in modo tale che non siano direttamente accessibili ai consumatori. Per ciascun ciclo di utilizzo di questi prodotti , la prima utilizzazione dovrebbe essere riservata ai dentisti,... o dovrebbe avvenire sotto la loro diretta supervisione se si garantisce un livello di sicurezza equivalente. I dentisti dovrebbero in seguito consentire l'accesso a tali prodotti per il restante ciclo di utilizzo.

c. 5)E' opportuno prevedere un'etichettatura adeguata riguardante la concentrazione di perossido di idrogeno dei prodotti per lo schiarimento e lo sbiancamento dei denti contenenti più dello 0,1% di tale sostanza, per assicurare un'utilizzazione appropriata di questi prodotti.

HA ADOTTATO LA PRESENTE DIRETTIVA:

ART.2 Entro il 30 ottobre 2012 gli Stati membri adottano e pubblicano le disposizioni necessarie per conformarsi alla presente direttiva.

Dopo l'abolizione dell' obbligo di compilazione entro il 31/03 di ogni anno ,con data certa, del Documento Programmatico per la Sicurezza sulla Privacy, un'altra notizia positiva: **si iscrive ad uso esclusivo dell'odontoiatra l'utilizzo di prodotti sbiancanti**, seppur abbassandone la concentrazione massima di perossido di idrogeno.

Consigliamo di utilizzare in fattura dizioni che non li facciano apparire come meri trattamenti estetici che andrebbero fatturati con iva al 21% e non potrebbero essere detratti fiscalmente.



Il riordino del sistema previdenziale inciderà sull'età pensionabile degli specialisti ambulatoriali.

Dal SUMAI

Il Consiglio Nazionale della Fondazione ENPAM ha approvato il riordino del sistema previdenziale volto a garantire un equilibrio di bilancio per 50 anni come previsto da decreto legislativo. Al momento che scriviamo questo progetto deve essere approvato dai Ministeri vigilanti ma sicuramente tra le varie modifiche ci sarà anche l'innalzamento dell'età pensionabile, sia quella di vecchiaia

che quella anticipata per raggiungimento dei requisiti richiesti. Il sindacato SUMAI si farà promotore di un incontro chiarificatore tra i propri iscritti e il nostro rappresentante regionale presso l'ENPAM. Nel frattempo è importante che tutti coloro che avevano maturato intenzioni pensionistiche e/o di riscatto di anni universitari prendano visione delle seguenti modifiche anagrafiche.

1. innalzamento graduale dell'età di vecchiaia, come di seguito indicato:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

pensione anticipata al raggiungimento del requisito anagrafico di seguito indicato, unitamente a 35 anni di contribuzione e 30 anni dalla laurea:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
58 anni con applicazione finestre	59 anni e 6 mesi	60 anni	60 anni e 6 mesi	61 anni	61 anni e 6 mesi	62 anni

oppure 42 anni di anzianità contributiva con abolizione delle finestre (in luogo degli attuali 40 più finestre), con qualunque età anagrafica, congiuntamente con i 30 anni di anzianità di laurea.

Certificati di malattia - attenzione alle "attestazioni anamnestiche"

Rischia la sospensione dall'esercizio professionale il medico di famiglia che giustifica la mancata presenza in servizio del lavoratore senza averlo visitato. Infatti la certificazione deve attestare le patologie riscontrate e non le attestazioni fatte dal paziente, per non venire meno all'articolo 24 del codice deontologico: "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni

relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza. Alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti".

Corte di Cassazione sezione III civile – sentenza numero 3705 del 9 marzo 2012



Organi istituzionali

- Consiglio
- Commissioni

Normativa

- Codice Deontologico
- Normativa nazionale
- Normativa regionale

Notizie

- Comunicazioni FNOMCeO
- Convegni e Congressi
- Cronisti
- Regolamenti
- Notiziario

Notizie

ENPAM - Notizie Flash

ENPAM - Notizie Flash aprile 2011

Certificazione di malattia on line - circolare n. 4 del 2011

Certificazione di malattia on line: novità dalla circolare n. 4 del 2011 inviata ai rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro

Il Ministero del Lavoro ha emanato il Circolare n. 4 del 2011, con il quale si precisa che, in presenza di difficoltà alla trasmissione del certificato on line si possa continuare a certificare su carta.

Viene ribadito che la trasmissione del certificato debba essere fatta da tutti i medici, sia dipendenti che autonomi, e che il periodo transitorio previsto dalla circolare, per i mesi in corso, si termina al termine del periodo transitorio previsto dalla circolare, n. 4 del 2011.

Il corso, dedicato a tutti i medici e odontoiatri, agli infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici italiani, riguarda la gestione del rischio clinico e in particolare la Root Cause Analysis (RCA). I servizi così delle cause profonde degli eventi avversi, che può aiutare le organizzazioni e gli operatori sanitari a raggiungere obiettivi di sicurezza e di miglioramento della qualità. Il corso, che copre 12 crediti ECM, è del tutto gratuito ed è strutturato in fasi. Prima di iniziare il corso l'utente può visionare le proprie conoscenze con una serie di domande a risposta multipla.

A questo punto sarà seguita la lettura del materiale informativo, in questo caso è

Il corso, dedicato a tutti i medici e odontoiatri, agli infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici italiani, riguarda la gestione del rischio clinico e in particolare la Root Cause Analysis (RCA). I servizi così delle cause profonde degli eventi avversi, che può aiutare le organizzazioni e gli operatori sanitari a raggiungere obiettivi di sicurezza e di miglioramento della qualità. Il corso, che copre 12 crediti ECM, è del tutto gratuito ed è strutturato in fasi. Prima di iniziare il corso l'utente può visionare le proprie conoscenze con una serie di domande a risposta multipla.

Login

Nome utente

Password

Ricordami

Password dimenticata?

Nome utente dimenticato?

Biblioteca on-line

Elenco medici per specialità

Concorsi pubblici

Graduatore

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



CASSA DI RISPARMIO DI FABRIANO E CUPRAMONTANA
GRUPPO VENETO BANCA