



# Bollettino <sup>02</sup> 2012

**ORDINE DEI MEDICI**  
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - ANNO XLVIII - 2/2012



Perugia, San Ercolano

## i n d i c e

La salute  
null'altro e' che  
un'idea

pagina 3

Fratture  
da Stress

pagina 5

La prevenzione  
della malattia  
renale cronica

pagina 8

La nuova  
Normativa ECM

pagina 11

Il carcinoma  
del cavo orale  
(CCO)

pagina 24

# BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA Anno XLVIII - 2/7/2012

## Sommario

...La salute null'altro e' che un'idea	3
Fratture da Stress	5
E' NATA L'AMFE	6
"COSE" ..di bambini: ...Obesi ...e non solo!	7
La prevenzione della malattia renale cronica	8
LA NUOVA NORMATIVA ECM	11
COMUNICAZIONE N. 59	13
A proposito di medicine alternative	12
Il riordino visto dal territorio	15
INPS Certificati di malattia telematici	16
PRECISAZIONI	17
Le medicine non convenzionali	18
La medicina è una ed una sola	19
La medicina integrata	20
Comunicazione	21
SLOW MEDICINE	22
COMUNICAZIONE N. 58 Dec. 2 luglio 2012	23
Sostituzione valvola aortica	24
ORAL CANCER DAY 05.05.2012	25
Il carcinoma del cavo orale (CCO)	26
Vittoria anche in Consiglio di Stato	28
I Dentisti ANDI contro l'evasione fiscale	29
PROPOSTA SNAMI	30
RIDUZIONE DELLE RISORSE IN SANITA'	31

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. *Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia*

### Norme redazionali

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

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.

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

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Dott. Graziano Conti

#### Vice Presidente

Dott. Valerio Sgrella

#### 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'alessandro

Dott. Andrea Donati  
(Consigliere Odontoiatra)

Prof. Cesare Fiore

Dott.ssa Alessandra Fuca

Dott. Piero Grilli

Dott. Sabatino Orsini Federici

Dott.ssa Stefania Petrelli

Dott. Tiziano Scarponi

Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

#### Membri effettivi

Dott. Gian Luigi Rosi  
(Presidente)

Dott. Giovanni Battista Genovesi

Dott. Oreste Maria Luchetti

#### Membro supplente

Dott. Primo Pensi

### COMMISSIONE ODONTOIATRI

#### Presidente

Dott. Andrea Donati

#### Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott.ssa Claudia Giannoni

Dott. Antonio Montanari

Dott. Ezio Politi

### BOLLETTINO

#### Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

#### Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

#### Comitato di redazione

Dott. 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@ordinemediciperugia.it](mailto:presidente@ordinemediciperugia.it) - [segretario@ordinemediciperugia.it](mailto:segretario@ordinemediciperugia.it)

[uffici@ordinemediciperugia.it](mailto:uffici@ordinemediciperugia.it) - [commissioneodo@ordinemediciperugia.it](mailto:commissioneodo@ordinemediciperugia.it)

[previdenza@ordinemediciperugia.it](mailto:previdenza@ordinemediciperugia.it)

Sito Internet [www.ordinemediciperugia.it](http://www.ordinemediciperugia.it)



## La salute null'altro e' che un'idea

Dott. Tiziano Scarponi

“Voglio vivere ancora a lungo, perché vede dottore, nonostante tutto, io mi trovo ancora bene e la vita mi piace” .... Queste sono le parole che P.M. di 88 anni mi ripete ogni volta che vado nella sua casa a visitarla. Non ci sarebbe nulla di strano in queste affermazioni, se non fossero fatte da una donna costretta su una sedia a rotelle da anni e che oramai passa quasi tutto il suo tempo a vedere la televisione e a contemplare il panorama che si apre davanti a lei ogni volta che si affaccia al proprio balcone. Questo è indubbiamente un panorama splendido, con monte Morcino in prima fila, Lacugnano, monte Malbe ed il Tezio in seconda, all'orizzonte il Trasimeno con dietro ergersi in maniera quasi sfumata le sagome del monte di Cetona e dell'Amiata. “Quello che però non potrei accettare” aggiunge “è la perdita della vista! Allora si che vorrei morire”.

P.M fa parte di quella schiera di pazienti che, nonostante la malattia, nonostante la disabilità, nonostante il dolore fisico e morale che provano, riescono sempre a stupirti per come, tutto sommato, sono riusciti ad adattarsi alla propria condizione di malati. Chiamano il minimo indispensabile, sopportano tutto in maniera quasi stoica: difficilmente un lamento od un lamento, tutt'al più qualche sospiro accompagnato da espressioni come “Ci vuole pazienza!”. Rifiutano terapie analgesiche potenti e cure che prevedano il dover “peregrinare” tra ambulatori ed ospedali, ma non stanno assolutamente ad aspettare in maniera passiva la morte in quanto vanno comunque avanti, a loro modo, ma vanno avanti. Si sono creati un loro mondo, un loro vissuto, come direbbero i fenomenologi, un mondo di non facile comprensione in quanto origina da una loro esperienza rielaborata

dalla loro soggettività con una loro significanza, quindi, non con un significato uguale per tutti. C'è però molto da imparare da costoro e a ben riflettere indicano una strada, forse meglio dire la strada per la soluzione di molti problemi che stanno per travolgere i nostri sistemi sanitari. Mi spiego meglio. Se chiediamo, sempre a costoro, se si sentono in buona salute il più delle volte rispondono in maniera positiva sul loro stato e pertanto senza rendersene conto hanno completamente stravolto il concetto di salute stesso. Quest'ultimo cui ci si rifà di solito, è quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stilato nell'ormai remoto 1948: “Non semplicemente l'assenza di malattie ed infermità, ma uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”. Come è stato fatto notare nella Conferenza Internazionale (Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health) tenutasi a L'Aia nel dicembre 2009 questa definizione oramai ha perso il suo valore in quanto esprime un concetto statico del tutto improponibile in un mondo dove è diventato normalissimo invecchiare convivendo con le patologie croniche. Il seguire, pertanto, a dare valore alla completa assenza di malattie significherebbe decretare la fine della sostenibilità dei nostri servizi sanitari. Non verrebbe poi considerata la capacità di adattamento dell'essere umano nei confronti delle avversità della vita siano queste malattie, cataclismi naturali, guerre o disastri: tutta la storia dell'umanità è una testimonianza di ciò. Non verrebbe dato nemmeno il giusto valore alla capacità umana di sentirsi funzionale o di star bene anche con una malattia o con una disabilità. Ecco pertanto che occorre provare a ridefinire il concetto di salute, sempre secondo gli stu-

diosi della conferenza olandese, spostandosi verso una **concezione dinamica, basata sulla resilienza e sulla capacità di difendere, mantenere o recuperare il proprio equilibrio e senso di benessere. Salute quindi come capacità di adattarsi e autogestirsi.**

Particolare importanza, quindi, al processo di resilienza che in psicologia viene individuata nella capacità degli uomini di affrontare le avversità della vita, di superarle venendone fuori rafforzati. Si tratta pertanto di un processo dinamico che parte da un nuovo modo di valutare il proprio concetto di sé, degli altri e del mondo che ti circonda. E' un processo individuale, personale che scaturisce dalle proprie reazioni di fronte agli eventi traumatici della vita e pertanto un percorso che è valido per una persona potrebbe non esserlo per un'altra in quanto legato al proprio vissuto, alle proprie concezioni e alla propria cultura di riferimento. Grandissima importanza quindi al contesto globale, soprattutto culturale e sociale in cui l'individuo vive. Senza addentrarmi nei concetti di **coping** e **salutogenesi** di Lazarus e di Antonovsky, ritengo utile indicare i passaggi che questi studiosi hanno sottolineato per vincere le avversità della vita, **fronteggiandole** (coping) e **strutturando un senso di coerenza interiore** (salutogenesi).

- Realizzare una buona rete sociale che permetta il supporto ed il sostegno oltre che materiale anche emotivo e morale;
- Riconoscere che il cambiamento è parte della vita per cui è impossibile pretendere che tutta rimanga immutabile secondo il proprio volere;
- Considerare una crisi come un'occasione di stimolo per reagire, cercare di trovare dentro di sé le capacità per superarla;
- Mettere in atto comportamenti di reazione;
- Sfruttare ogni possibilità per crescere e realizzarsi;
- Trovare sempre uno spazio per coltivare i propri interessi.

Non so se tutti questi concetti abbiano interessato P.M. nella rielaborazione della sua disabilità, probabilmente in gran parte si: ha un figlio pronto a correre in suo aiuto in qualsiasi momento, trascorre ore a sentire musica e a guardare qualsiasi documentario televisivo sulle "meraviglie della natura" come le chiama lei. Ricorda sempre come

durante la guerra aveva dentro di sé la convinzione che ne sarebbe uscita indenne insieme a suo marito e che con l'aiuto di Dio avrebbe comunque realizzato la sua famiglia, la sua casa, la propria vita.

"Vede dottore" mi ha detto l'ultima volta" a me basta affacciarmi al balcone e, anche se le gambe non mi portano più da nessuna parte, sapesse quanto mondo vedo anche oltre l'orizzonte!"

Mentre mi allontanavo, riflettevo sulle sue parole. Sarà stata l'immaginazione che superava l'orizzonte, la capacità di poter comunque vedere oltre gli ostacoli e le barriere che mi è venuto in mente un poeta che di avversità e di problemi di salute ne ha avuti tanti, ma con la loro rielaborazione, anche se forse non ha realizzato una perfetta resilienza, ci ha donato però le più belle pagine della poesia italiana. Consentitemi di trascrivere per intero quella che senz'altro meglio delle mie parole indica come e dove può arrivare "il fingersi nel pensiero".

## L'infinito

«Sempre caro mi fu quest'ermo colle,  
 e questa siepe, che da tanta parte  
 dell'ultimo orizzonte il guardo esclude.  
 Ma sedendo e mirando, interminati  
 spazi di là da quella, e sovrumani  
 silenzi, e profondissima quiete  
 io nel pensier mi fingo, ove per poco  
 il cor non si spaura. E come il vento  
 odo stormir tra queste piante, io quello  
 infinito silenzio a questa voce  
 vo comparando: e mi sovvien l'eterno,  
 e le morte stagioni, e la presente  
 e viva, e il suon di lei. Così tra questa  
 immensità s'annega il pensier mio:  
 e il naufragar m'è dolce in questo mare»

(Giacomo Leopardi)



## Fratture da Stress

Prof. Luciano Ferrini

Per fratture da stress si intendono quelle fratture che sono conseguenza di sollecitazioni meccaniche ripetute ed eccessive a livello dell'osso. Queste sollecitazioni danno luogo ad una accelerazione del normale rimodellamento osseo, ad una produzione di microfessure ed alla fine alla comparsa di una vera e propria frattura.

Queste lesioni sono più frequenti di quanto si pensi. La localizzazione è più frequente agli arti inferiori, in percentuale decrescente: tibia, scafoide tarsale, metatarsi, perone, femore, bacino. Raramente è interessata la colonna vertebrale e gli arti superiori.

Le donne presentano un rischio più elevato rispetto agli uomini. I soggetti più colpiti sono quelli che si sottopongono ad allenamenti ripetuti e ad alta intensità come gli atleti che praticano atletica leggera, pallacanestro, calcio, danza.

Condizioni di scarsa nutrizione, alcune abitudini di vita, bassi livelli di 25-idrossivitamina D, fumo di sigaretta, assunzione di alcol possono far aumentare il rischio di frattura da stress.

Il dolore è solitamente il primo sintomo clinico a comparire. La sua localizzazione dipende dalla sede della lesione, più frequentemente si presenta durante la deambulazione, può però essere presente anche a riposo. Il secondo sintomo è l'edema localizzato presente in meno del 50% dei casi, talvolta precede la comparsa del dolore. Positivo è il "test del salto" cioè l'accentuazione del dolore quando al paziente viene chiesto di eseguire un salto su di una sola gamba.

La diagnosi differenziale è spesso impegnativa con tendinopatie, sindromi compartimentali, sindromi da intrappolamento di nervi o di arterie.

Il primo esame strumentale da effettuare è la semplice radiografia, tenendo presente che in

fase iniziale può dare un esito negativo, pertanto va ripetuto dopo 2-3 settimane quando invece può divenire positivo. Inizialmente può comparire una rarefazione ossea, successivamente un ispessimento o sclerosi del periostio ed alterazioni delle corticali con diminuzione iniziale della densità ossea, infine la formazione di un callo osseo o ispessimento e sclerosi endostale. Il valore diagnostico della tomografia computerizzata (TC) è limitato a causa della bassa sensibilità e della più elevata esposizione a radiazioni. La scintigrafia a tripla fase, grazie alla sua elevata sensibilità, è un esame utile per la conferma della diagnosi di frattura da stress.

Ancora più utile appare la RM la quale ha una sensibilità almeno uguale alla scintigrafia, ma una specificità più elevata. Si raccomanda la sua esecuzione quando le radiografie standard sono negative, permettendo una individuazione precoce della lesione. E' inoltre utile per lo studio dei tessuti circostanti derivando pertanto dei dubbi sulla diagnosi. Detto esame è anche in grado di identificare il rimodellamento osseo reattivo, pertanto può seguire tutte le varie fasi della lesione fino alla guarigione.

L'ecografia osteo-muscolare dà dei dati ancora limitati per questa patologia, con sicuri miglioramenti in prospettiva.

Il tempo di guarigione delle fratture da stress è variabile in rapporto al tipo ed alla sede, normalmente va da un minimo di 4 settimane ad un massimo di 12 settimane, raramente va oltre questi limiti.

Appena si sospetta la presenza di questo tipo di frattura va ridotto drasticamente il livello di attività fisica fino alla assenza della percezione del dolore. Il dolore può essere controllato tramite la somministrazione di farmaci analgesici, come paracetamolo, o farmaci antinfiammatori non steroidei.

Utile la riduzione parziale o totale del carico del peso corporeo con l'utilizzazione di stampelle, nonché sistemi di immobilizzazione (gessi, stivali pneumatici, stecche, ecc.). Dopo il riposo prolungato prescritto alla luce del miglioramento prevedibile dei sintomi si può aumentare gradualmente e lentamente il livello di attività fisica.

L'utilizzazione di ultrasuoni a bassa intensità o di campi elettrici locali, anche se rappresentano un'area di crescente interesse, manca ancora di chiara evidenza nell'ambito della diminuzione del tempo di guarigione, sono presenti invece alcune evidenze in quelle fratture che non presentano una tendenza alla guarigione. Alcune fratture da stress presentano delle complicazioni come il ritardo di consolidazione, la non consolidazione, lo sviluppo di necrosi vascolari; in questi casi è necessario prendere in considerazione un trattamento chirurgico. Nell'ambito della prevenzione di queste fratture da stress sono possibili alcuni interventi. Il primo intervento è quello di modificare il livello

di attività fisica cambiando i programmi di allenamento ed assicurare un adeguato riposo. Un secondo intervento riguarda l'inserimento nelle calzature di plantari per ridurre le sollecitazioni meccaniche. Un terzo intervento prevede la somministrazione giornaliera di calcio e vitamina D, anche se a tutt'oggi è controverso. Altrettanto controversa è la utilizzazione dei bifosfonati nella prevenzione, in attesa di ulteriori studi. Attualmente la FDA (Food & Drug Administration) non ha ancora autorizzato la somministrazione dei bifosfonati a questo scopo.

### BIBLIOGRAFIA

- Rome K, Handoll HH, Ashford R. Interventions for preventing and treating stress fractures and stress reactions of bone of the lower limbs in young adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (2):CD000450
- Lappe J, Cullen D, Haynatzki G, Recker R, Ahlf R, Thompson K. Calcium and vitamin D supplementation decreases incidence of stress fractures in female navy recruits. *J Bone Miner Res.* 2008; 23 (5): 741-749
- Kaeding CC, Yu JR, Wright R, Amendola A, Spinler KP. Management and return to play of stress fractures. *Clin J Sport Med.* 2005; 15 (6):442-447



## E' NATA L'AMFE

### ASSOCIAZIONE nazionale MEDICI di FAMIGLIA volontari per le EMERGENZE

Cari colleghi, nel nuovo sito Fimmg, e' presente un link che riguarda i: "MEDICI DI FAMIGLIA VOLONTARI PER LE EMERGENZE".

Questa nuova associazione è una Onlus senza scopi di lucro, nata in occasione dell'ultimo congresso FIMMG che si è tenuto a Cagliari. Ha il suo statuto ed è regolarmente registrata nel registro delle onlus.

La ragione che ha motivato la nascita di questa associazione e' stato il terremoto che ha colpito l'Aquila e dintorni dove ha visto coinvolti molti dei nostri colleghi.

L'ultimo evento sismico rende necessario organizzare anche nella nostra regione una rete di medici volontari pronti a rendersi disponibili, per tutto il territorio nazionale, a prestare la propria opera finalizzata a sostenere quei colleghi che si trovassero nella impossibilità di garantire una continuità nell'assistenza territoriale.

Se consideriamo che anche la nostra regione è a rischio di terremoti, avere pronta una orga-

nizzazione territoriale della medicina generale non può che essere un vantaggio.

L'immagine del medico di famiglia a fianco della protezione civile e di altre associazioni di volontari impegnate nel dare soccorso alla popolazione in difficoltà è sicuramente un mezzo per rinforzare la fiducia dei nostri pazienti.

Il dott. Tiziano Scarponi è il coordinatore regionale e a me è stato dato l'incarico di coordinatore del centro Italia.

Oggi il nostro maggior impegno è quello di cercare più adesioni possibili successivamente, ma in tempi brevi, sarà quello di reperire i finanziamenti necessari per poter sostenere le spese dei sostituti e delle trasferte nonché l'acquisto di divise personalizzate. Ulteriore passo importante sarà di farci conoscere dalle autorità come Prefetto e Sindaco e soprattutto dalla protezione civile regionale.

Chiunque volesse far parte di questa Onlus, e spero che siate in tanti, è il ben accetto, per ulteriori chiarimenti ci si può rivolgere a uno dei due coordinatori.

Dottor Valerio Sgrelli



## “COSE”..di bambini: ... ...Obesi ...e non solo!

Dott. Antonio Tonzani

... “E sì, che tanto è magro” !!!!

fu la risposta che sentii dal pediatra con cui condividevo la sala d'aspetto dell'ambulatorio, rivolta ad una madre che chiedeva delle vitamine, quale antidoto al “deperimento sicuro” cui, secondo lei, sarebbe andato incontro il suo bambino, peraltro rubicondo e piuttosto “ciccio”, in seguito a pochi giorni di terapia antibiotica. Naturalmente non voleva essere nulla di scientifico, era solo una battuta di quel mio amico, per “sedare” quella madre che l'immaginario collettivo circa gli effetti delle terapie antibiotiche, rendeva dubbiosa e preoccupata. Sono passati molti anni da quel giorno e penso che, oggi, la stessa battuta sia in disuso, se non altro perché, anche per le mamme più ansiose o, comunque, per molte di loro, vedere “deperire” i figli, più che un timore sarebbe una speranza - anche gli occhi, per fortuna, vogliono la loro parte - mentre la realtà oggettiva resta quella dei chili di troppo di cui sono gravati molti bambini ed adolescenti ed in Italia più che altrove.

Le cause sono numerose e, fra esse, una particolarmente evidente: i bambini NON GIOCANO PIU', o perlomeno, non nel senso tradizionale del termine; solo a pensarci un attimo possiamo rendercene conto facilmente. Le piazze invase da ragazzini vocianti che corrono dietro ad un pallone e si rincorrono, che fanno amicizie e poi litigano, cadono, saltano e si afferrano e si “sbucciano” le ginocchia, sono solo una fantasia, o meglio, solo un ricordo. Oggi i bambini per strada o in piazza, ci vanno poco e, quel poco, solo accompagnati... “perché senno' sai chi incontrano”, o... “ci sono le macchine”, o ...“ha avuto la tosse”, ...; come se su internet gli “incontri” possibili non possano essere altrettanto o forse più pericolosi di quelli per strada, mentre le macchine, è vero, ci sono e sono troppe e nei posti sbagliati, frutto di una programmazione della società e del territorio che, con la scusa delle ristrettezze economi-

che e della necessità di ottimizzare gli spazi, non prevede più neanche ...i bambini. Del resto c'è poco da stupirsi, questa società, in concreto, non prevede, come soggetti “normalmente” inclusi in essa, neanche le persone con disabilità, gli immigrati, gli omosessuali e, continuando, comincia a marginalizzare gli anziani, i malati cronici e spesso, di conseguenza, le loro famiglie.

Tornando ai bambini ingrassano perché non si muovono, perché la tv o internet sono i compagni quasi esclusivi di giochi quando stanno in casa e, quando sono fuori, c'è comunque qualche.. iPad, c'è “internet per fuori” e gli amici sono virtuali; su facebook, le urla e gli strilli, scomparsi, sono sostituiti da silenziosi “...mi piace...”. La compagnia per strada è quella dei genitori o di badanti varie che ti portano fin dentro la scuola con la macchina e, magari, se sei fortunato e te lo puoi permettere il pomeriggio ti portano anche “a fare attività fisica”..., sì, ma... sempre a scuola: di calcio, di danza, di tennis o chissà cos'altro, che spesso, più che a te piace a loro e, magari, se la prendono se non ti impegni a sufficienza ...MA IL BAMBINO, QUANDO TE LO FANNO FARE?! Bambini che difficilmente fanno” il loro mestiere “e quando, un po' cresciuti, si rompono di “rincorrere i genitori”..allora li “ricusano” e si mettono a fare i “i grandi”: ed a quel punto?...: una birretta ti fa più grande! Una sigaretta? ...ancora di più, e poi? ...e poi può non esserci limite al “crescere”!!

Il mio spazio è finito e non c'è posto per parlare dell'obesità infantile “da merendine veloci” ed a qualsiasi ora, o di quella frutto della dieta ipercalorica, a basso costo, dei poveri, spesso degli immigrati; ...sarà per la prossima volta! Però, CARO BOLLETTINO, che “pena di società” ci tocca vivere: una società in cui, tra l'altro, di bambini ce ne sono sempre meno e, quelli che ci sono, li vogliamo “difettosi” ...come adulti!



## La prevenzione della malattia renale cronica: un problema centrale della Sanità Pubblica

Dott. G. Quintaliani<sup>1</sup>, F. Germini<sup>2</sup>, L., L. Ariete,<sup>2</sup>  
R. Brugnano<sup>3</sup>, A. Notargiacomo<sup>4</sup>, D. Ranocchia<sup>5</sup>

1) Coordinatore Governo Clinico Società Italiana di Nefrologia, (2)MMG Perugia, (3) S.C. di Nefrologia Dialisi e Trapianto -Azienda Ospedaliera di Perugia; (4) Direzione Distretto del Perugino, AUSL 2 Perugia (5) Ufficio Qualità, AUSL 2 Perugia

Le linee guida per la "Identificazione, prevenzione e gestione della Malattia Renale Cronica nell'adulto" recentemente licenziate dall'istituto superiore di sanità (ISS)<sup>1</sup> in Italia si aprono con queste parole:

*"La Malattia Renale Cronica (MRC) è ormai emersa come un problema di salute pubblica di prima grandezza su scala mondiale. Istituzioni internazionali come il "Center for Disease Control and Prevention" identificano la MRC come una delle grandi priorità dell'era della transizione epidemiologica<sup>2</sup> e una revisione sistematica della prevalenza della malattia in Europa ha messo in evidenza che nei paesi Europei il problema è dello stesso ordine di grandezza riscontrato negli USA<sup>3</sup>. In Gran Bretagna sono stati varati articolati piani per individuare i soggetti con disfunzione renale o con gradi minori d'insufficienza renale<sup>4</sup>. La prevalenza della MRC varia in rapporto all'età media della popolazione di riferimento e alle condizioni socio economiche. E' stimabile che, sebbene più bassa che negli USA ove la frequenza della MRC è dell'ordine del 20%, nella popolazione adulta italiana circa 1 individuo ogni 7 (13%) abbia un grado d'insufficienza renale moderata, cioè una funzione renale (espressa come filtrato Glomerulare) dimezzata o più che dimezzata rispetto alla norma<sup>5</sup>. Si stima inoltre che una vera e propria Insufficienza Renale Cronica (IRC) con una funzione ridotta della metà sia presente in una persona su 20 (5%). In Italia il problema è virtualmente sconosciuto dalla popolazione ed è ancora poco conosciuto e largamente sottovalutato dai medici e dagli organi di governo della salute pubblica."*

La stima quindi di una vera e propria IRC è di circa il 5% e, come affermato dalla introduzione, il problema è sottovalutato in quanto non sempre viene posta diagnosi di IRC anche in presenza di dati di laboratorio che possano far sospettare od indicare tale patologia<sup>6</sup>. Queste linee guida intendono quindi rivolgersi alla individuazione e trattamento della malattia renale cronica identificata come una riduzione del filtrato glomerulare inferiore a 60 ml/min per, 73 m<sup>2</sup> di superficie corporea e sono state prodotte dall'ISS, in collaborazione con la Società Italiana di Nefrologia (SIN) insieme a 21 altre società tra cui la SIMG e la società di medicina Interna, da un aggiornamento delle linee guida NICE pubblicate in Gran Bretagna.

Le LG dell'IIS, come le NICE, forniscono certezze provate e sono da considerare non emendabili ove arrivino a conclusioni. Lasciano anche delle aree di incertezza su alcuni temi ed aspetti che possono essere coperte da quesiti ed interpretazioni tipiche delle società scientifiche che, appunto sulla base di autorevoli esperti, possono colmare dubbi e incertezze non ancora coperte dalla evidenza. E proprio in questa direzione si sta indirizzando la SIN che, con una commissione coordinata da Quintaliani sta alacrememente lavorando per cercare di offrire raccomandazioni su quesiti specifici lasciati in ombra. Attualmente sono state pubblicate a disposizione dei soci i suggerimenti per l'ipertensione in dialisi, seguiranno a breve l'ipertensione, la gravidanza e la nutrizione in CKD. Dopo l'approvazione dei soci saranno rese disponibili in occasione del congresso della SIN di ottobre 2012.

Sulla base di una revisione sistematica della letteratura, posteriore alla pubblicazione delle linee guida inglesi, il panel di esperti ha deciso di focalizzare l'attenzione su 29 quesiti specifici relativi alla Malattia Renale Cronica. I quesiti coprono un vasto raggio di problemi connessi al controllo dell'epidemia di MRC a livello di popolazione, dal-

la diagnostica alla gestione territoriale della malattia da parte dei medici di famiglia, includendo l'indicazione e la tempistica del deferimento dei nefropatici a specialisti nefrologi.

La cosa più importante di questo lavoro è quindi il rapporto che si viene a creare tra specialista e MMG con alcuni suggerimenti di pratica clinica fondamentali riguardanti pazienti non in dialisi e che quindi possono giovare in maniera molto proficua della collaborazione tra specialisti diversi. Vogliamo segnalare solo alcuni dei quesiti a cui si prova a dare una risposta:

Qual è il miglior test diagnostico per valutare la funzionalità renale nella pratica

clinica? Qual è l'importanza della microalbuminuria? Quali soggetti dovrebbero essere valutati per la presenza di MRC? Quando la velocità di riduzione del filtrato glomerulare può essere considerata clinicamente significativa nei soggetti affetti da MRC? Quando inviare il paziente al nefrologo? Altre domande e risposte riguardano la terapia ipotensiva, il metabolismo minerale ed altri aspetti delle nefropatie non in trattamento dialitico.

Nelle LG ISS non si tiene quindi in conto la dialisi ma la insufficienza renale cronica ponendo, quindi, il lavoro del nefrologo su un piano diverso da quello comunemente noto e che riguarda in generale la dialisi. Il nefrologo viene visto come colui che può aiutare il MMG ad implementare modelli di cura e di assistenza basati sulla appropriatezza clinica (verrebbe da dire sulla vera appropriatezza) che siano in grado di ridurre la progressione della malattia renale e di ridurre le complicanze.

In effetti molte regioni hanno licenziato norme per l'accreditamento delle strutture nefrologiche (si badi bene nefrologiche non dialitiche) fino a stabilire il fabbisogno di posti letto nefrologici e la tipologia quali-quantitativa degli ambulatori con standard non solo di personale (cosa che spesso non piace agli amministratori), ma standard di risultato clinico. LA SIN ha emanato norme per la qualità e valutazione degli standard strutturali organizzativi e di risorse umane oltre ad un vero e proprio percorso di certificazione<sup>7</sup> con "Joint Commission International", l'agenzia di certificazione di qualità più prestigiosa al mondo che prendono in considerazione indicatori e standard sia di processo che di esito.

Il riaffermare l'importanza della nefropatia e del trattamento accurato e appropriato delle complicanze in una fase di predialisi è un passaggio fondamentale. Purtroppo spesso ci si focalizza sulla dialisi, anche forse sulla spinta della associazione

dei malati dializzati, dimenticando che la prevenzione dell'ingresso in dialisi e la riduzione delle complicanze, che comportano ricoveri ripetuti, ampio consumo di farmaci e gravi situazioni invalidanti, dovrebbe essere il punto fondamentale del lavoro del nefrologo.

Inoltre, la necessità soprattutto in questo periodo storico, di ridurre i costi, dovrebbe incentivare l'adozione di buone pratiche cliniche come suggeriscono appunto le recenti linee guida. La dialisi ha un costo monetario (tralasciando quello drammatico sociale ed umano) di circa 50.000 euro a paziente. Il ritardare l'ingresso in dialisi avrebbe quindi un impatto fondamentale sui costi della società ma spesso poco viene fatto per rinforzare gli ambulatori, per stabilire percorsi strutturati per nefropatici all'interno delle corsie ospedaliere, per offrire collaborazioni e percorsi tra specialisti. La malattia nefrologica infatti è causata in gran parte dalla vasculopatia, dalla cardiopatia in tutte le sue forme e dal diabete. È del tutto ovvio che all'aumentare sia dell'età che della prevalenza di tali patologie si incrementi viepiù la nefropatia<sup>8</sup>. I dati di prevalenza nella regione Umbria parlano di circa 45.000 pazienti (5% popolazione) potenzialmente affetti da una insufficienza renale cronica importante (< 60 ml/min di GFR) e le LG potrebbero aiutare a coagulare risorse ma soprattutto specialisti intorno ad un problema che, se non adeguatamente affrontato, potrebbe di molto aumentare l'ingresso in dialisi.

È per tale motivo che il progetto numero 1 della attuale presidenza SIN comportava l'intercettazione precoce della malattia renale cronica in quanto a questi stadi la storia naturale della malattia può essere modificata in senso positivo. È per questo che in molte parti d'Italia la SIN sta costruendo con i MMG percorsi riguardanti la IRC. A questo proposito un primo ottimo ed eclatante risultato si è già ottenuto con l'avvio, in Umbria, di una iniziativa tra la ASL2, le associazioni dei MMG e la SIN volta alla illustrazione pratica delle LG ISS con l'impegno a formalizzare ed illustrare percorsi diagnostici e terapeutici integrati. Si è deciso quindi di utilizzare lo strumento dell'Audit dal tema: "Gestione integrata dell'Insufficienza Renale tra Medicina Generale e Nefrologia". Quale area di cambiamento è stata identificata la diagnosi e valutazione del rischio di progressione della MRC nei soggetti "a rischio". Quale criterio di processo è stato individuato, sulla base delle Linee guida raccomandate dal Ministero della salute, il riconoscimento della MRC in tutti i pazienti, con un'età superiore a 18 anni che siano ipertesi

e/o diabetici, afferenti ai software gestionali del MMG Sono stati individuati i seguenti indicatori: Volume di Filtrazione Glomerulare stimato (eVFG), es. urine, microalbuminuria/proteinuria. Il gruppo di progetto ha scelto, infine, di individuare quale standard raggiungibile, un incremento a 6 mesi degli indicatori individuati pari al 30%. Speriamo quindi che queste LG licenziate da un

organismo prestigioso come l'istituto Superiore di Sanita', e grazie all'impegno di tutti e della SIN che promuove tale tipo di attivita', inneschino, come è successo a Perugia, un risveglio della coscienza nefrologica e che contribuiscano a far crescere iniziative, anche legislative, volte al contenimento di una grave problema sociale sottaciuto<sup>9</sup> ma a forte impatto sia economico che umano.

### Bibliografia:

- 1 Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto [http://www.snlg-iss.it/lgn\\_malattia\\_renale](http://www.snlg-iss.it/lgn_malattia_renale)
- 2 Center for Disease Control and Prevention (USA). Prevalence of Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors - United States, 1999-2004. MMWR 2007;56:161-165. (Accessibile sul sito: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5608a2.htm>).
- 3 Zoccali C, Kramer A, Jager KJ. Chronic kidney disease and end-stage renal disease: a review produced to contribute to the report 'the status of health in the European Union: towards a healthier Europe. NDTPlus 2010; 3: 213-224
- 4 Stevens PE, O'Donoghue DJ, de Lusignan S, Van Vlymen J, Klebe B, Middleton R, Hague N, New J, Farmer CK. Chronic kidney disease management in the United Kingdom: NEOERICA project results. Kidney Int. 2007;72:92-99
- 5 Gambaro G, Yabarek T, Graziani MS, Gemelli A, Abaterusso C, Frigo AC, Marchionna N, Citron L, Bonfante L, Grigoletto F, Tata S, Ferraro PM, Legnaro A, Meneghel G, Conz P, Rizzotti P, D'Angelo A, Lupo A; INCIPE Study Group. Clin J Am Soc Nephrol. 2010;5:1946-53.
- 6 Minutolo R, De Nicola L, Mazzaglia G, Postorino M, Cricelli C, Mantovani LG, Conte G, Cianciaruso B. Detection and awareness of moderate to advanced CKD by primary care practitioners: a cross-sectional study from Italy. Am J Kidney Dis. 2008 Sep;52(3):444-53.
- 7 Quintaliani G et al: Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN) J Nephrol. 2009 Jul-Aug;22(4):423-38.
- 8 De Nicola L, Minutolo R, Chiodini P, Borrelli S, Zoccali C, Postorino M, Iodice C, Nappi F, Fuiano G, Gallo C, Conte G. Kidney Int. 2012 May 23. The effect of increasing age on the prognosis of non-dialysis patients with chronic kidney disease receiving stable nephrology care..
- 9 Gentile G, Quintaliani G. Estimated GFR reporting is not sufficient to allow detection of chronic kidney disease in an Italian regional hospital. BMC Nephrol. 2009 Sep 1;10:24.

## RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO

Abbiamo ricevuto dal nostro collega Ferdinando Giani una simpatica lettera che ci riserviamo di pubblicare, unitamente a due sue poesie. Il dott. Giani, iscritto n. 632 all'Albo dei medici è un collega novantenne veramente innamorato della professione, che ha ampiamente onorato, e che ancora si mantiene attivo e curioso. Nella sua lettera con modestia dice: *Vi allego lo scritto di due momenti di stato di animo che non oso chiamare versi, per tappare eventuali vuoti da riempire nel bollettino quando e se volete, altrimenti sapete cosa farne.* A noi sembra che si sottovaluti. Ai lettori il giudizio.

### RISVEGLIO

Per alzarsi il mattino  
ci vuole un motivo  
che spesso non c'è.  
Il risveglio penoso  
il travaglio di vita  
che vita non è.  
Il peso degli anni  
che porta con sé  
umilia l'orgoglio  
di chiedere aiuto  
che spesso non c'è,  
ma il peso più grande  
è gravare sugli altri  
che porta a isolarsi  
ancora di più.  
Solo tra la gente  
che non porta a niente  
ma solo solitudine.

### PRIMAVERA

Primavera è un insieme  
di profumi e di colori  
che rivestono il senso della vita.  
Come chi è al tramonto,  
come un ramo secco  
che improvvisamente  
si ricopre di un nuovo germoglio  
l'occhio socchiuso  
di un vecchio si riapre.  
Così aperto rimane  
sperando di vederlo crescere  
forse anche fiorire.  
Miracolo della natura  
miraggio della vista  
a Voi scegliere,  
ma è sempre bello  
anche solo sognare.

*A tutti Voi un grosso abbraccio fraterno a paterno, Nando per gli amici che purtroppo non ci sono più.*



## LA NUOVA NORMATIVA ECM

Dott. Damiano Parretti - Dott. Stefano Cusco

### Il sistema ECM

La Formazione Continua in Medicina ha come obiettivo il mantenimento, lo sviluppo e l'incremento delle conoscenze, delle competenze e della qualità delle prestazioni dei professionisti sanitari.

È regolata da un principio di obbligatorietà che fa riferimento al sistema ECM (Educazione Continua in Medicina). Tra le finalità del sistema dobbiamo considerare il raggiungimento di una qualità migliore possibile del sistema sanitario e l'innovazione dei suoi servizi.

Il nuovo sistema di Formazione Continua in Medicina, secondo gli accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni il 1° agosto 2007 (Rep. Atti n. 2271/2005) e il 5 novembre 2009 (Rep. Atti n. 192/2009), si configura come un *"un sistema integrato e solidale tra il livello regionale e il livello nazionale, basato su regole comuni e condivise che ne assicurano l'omogeneità su tutto il territorio nazionale e una chiara ripartizione di compiti tra i rispettivi ambiti di azione"*

Negli accordi Stato-Regioni sopra riportati è stato introdotto il concetto del Dossier Formativo individuale e di gruppo, da costruire e realizzare considerando gli obiettivi primari del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani Sanitari Regionali. I Piani Sanitari devono quindi essere visti come uno strumento finalizzato ad orientare i programmi di formazione continua per gli operatori sanitari.

Nell'ambito del Dossier devono essere perseguiti tre diversi obiettivi formativi, entro cui si devono sviluppare i temi dei corsi accreditati:

- 1) obiettivi tecnico-professionali;
- 2) obiettivi di processo;
- 3) obiettivi di sistema.

Gli obiettivi formativi tecnico professionali mirano allo sviluppo e al miglioramento delle

competenze tecnico professionali nel settore specifico di attività, e sono quindi rivolti alla professione e alla disciplina di appartenenza.

Gli obiettivi di processo mirano al miglioramento di qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, e si rivolgono ad operatori o equipe che si occupano di un determinato segmento di produzione.

Gli obiettivi formativi di sistema mirano al miglioramento di qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari; si rivolgono a tutti gli operatori e hanno per questo caratteristiche interprofessionali e interdisciplinari.

Tutti questi ambiti formativi si prefiggono di migliorare i sistemi sanitari globalmente considerati, e coinvolgono tutti gli operatori che si occupano di prevenzione, assistenza e cura, riabilitazione, educazione.

### Le regole per i crediti da produrre.

La commissione nazionale ECM ha recentemente prodotto un documento, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, che definisce un debito complessivo di 150 crediti per il triennio 2011-2013.

Per l'acquisizione di questi crediti formativi, devono essere considerate alcune regole:

- 1) per ogni singolo anno del triennio, si considera un target di 50 crediti, con un minimo di 25 ed un massimo di 75;
- 2) possono essere riportati dal triennio precedente 2008-2010, fino ad un massimo di 45 crediti;
- 3) per i medici l'acquisizione può essere ottenuta sia tramite la partecipazione di Corsi Residenziali accreditati, che attraverso l'effettuazione di corsi di Formazione a Distanza (FAD), senza limitazioni e ripartizioni percentuali tra le due modalità;



- 4) i crediti acquisiti per attività di docenza non possono essere superiori a 90, nei complessivi 150 del triennio;
- 5) è possibile acquisire crediti anche attraverso il riconoscimento di attività tutoriali gestite da Federazioni, Ordini, Collegi e Associazioni professionali di riferimento; nello specifico si possono ottenere crediti formativi per attività tutoriali nell'ambito di un tirocinio di valutazione e/o obbligatorio, come l'esame di abilitazione all'esercizio professionale di medico-chirurgo, la Formazione Specifica in Medicina Generale, e altre professioni sanitarie.

### I provider nazionali e regionali

Il sistema prevede che siano provider accreditati ad erogare i crediti ECM.

La qualifica di provider accreditato viene rilasciata sulla base del possesso di requisiti specifici indicato nelle Linee Guida per i Manuali di Accreditamento dei Provider Nazionali e Regionali, e può essere ottenuto a livello nazionale o regionale.

La verifica riguarda:

- le caratteristiche generali del soggetto richiedente;
- l'organizzazione generale e le risorse;
- la qualità dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento continuo della qualità.

La procedura nazionale prevede l'avvio della procedura on line con la trasmissione dei requisiti previsti dalle linee guida.

A fronte di una prima verifica documentale del materiale inviato si ottiene un accreditamento provvisorio che consente la piena operatività ma prevede una visita ispettiva sul campo per la conferma dell'accREDITamento.

Da quel momento il provider risulta accreditato. Il sistema prevede a regime una costante verifica del rispetto dei requisiti attraverso visite ispettive che coinvolgano ogni anno non meno del 10 % dei provider accreditati.

Nella nostra regione il sistema prevede a breve l'implementazione di analoga procedura di accreditamento on line dei soggetti richiedenti la qualifica di Provider; probabilmente nel corso del corrente anno sarà possibile effettuare tale procedura attraverso il portale informatico regionale.

La caratteristica più importante del provider accreditato è quella di accettare i criteri di assegnazione dei crediti e seguirli fedelmente per l'assegnazione della quantità dei crediti agli eventi organizzati in modo da garantire criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale. Il nostro attuale sistema regionale prevede l'accREDITamento degli eventi da parte di soggetti istituzionali accreditati in due sessioni semestrali. Gli organizzatori inseriscono nel sistema gli eventi svolti nel semestre precedente ed entro i 60 giorni successivi la commissione regionale ECM eroga i crediti per ciascun evento organizzato. In epoca ancora successiva l'organizzatore trasmette il dettaglio dei dati riferiti ai partecipanti all'evento

### Controlli, verifiche e monitoraggio della qualità

Il sistema ECM per poter rispondere efficacemente ai suoi obiettivi, richiamati all'inizio di questo articolo, ha bisogno di strumenti di verifica e controllo; detti strumenti riguardano le varie articolazioni del sistema e possono essere così schematizzate:

- Controllo sui provider: in parte già richiamata, è una verifica preliminare sul possesso dei requisiti minimi, una verifica

ispettiva sul campo per la concessione dell'accreditamento standard o la conferma del medesimo e la verifica a campione o su istanza di parte, per il mantenimento dei requisiti di provider;

- Controllo sull'indipendenza del contenuto formativo: è l'attività che vuole garantire l'indipendenza dei contenuti della formazione da interessi squisitamente commerciali ed è garantita attraverso il Comitato di Garanzia istituito presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua e/o a livello dei singoli sistemi regionali
- Controllo sulla qualità della Formazione: viene svolto attraverso l'istituzione a livello nazionale o a livello dei singoli sistemi regionali dell'Osservatorio per la qualità della Formazione Continua in Sanità. L'osservatorio opera attraverso il periodico invio di "osservatori" per verificare e promuovere la qualità della formazione. Gli oneri di tali attività ispettive sono a carico del Provider accreditato;
- Un ulteriore livello di controllo riguarda la fase di reporting e valutazione della qualità e dell'accessibilità delle attività formative. E' svolto dal CO.GE.A.PS. (Con-

sorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) e gestisce i dati anagrafici forniti da Ordini e Collegi, e i dati relativi alle partecipazioni ECM dei professionisti sanitari. Il consorzio effettua inoltre analisi statistiche per aree geografiche e tipologia di professioni e per sviluppare sistemi di pianificazione ed implementazione del sistema ECM.

Esiste infine un sistema sanzionatorio per i provider che si articola in revoca temporanea o definitiva della qualifica di Provider o l'Ammonizione. Le violazioni più gravi riguardano i rapporti con gli Sponsor, la presenza di conflitto di interessi e le attività di pubblicità svolte all'interno degli eventi formativi.

Si profila inoltre all'orizzonte l'applicazione del sistema sanzionatorio anche per i singoli professionisti che non acquisiscano la quantità di crediti ECM prevista dalla normativa vigente. Tale materia è tuttavia in corso di perfezionamento in quanto recenti disposizioni legislative caratterizzano come illecito disciplinare la mancata acquisizione dei crediti ECM e gli ordini professionali dovranno regolare in un futuro prossimo la materia.

### COMUNICAZIONE N. 59



Federazione Nazionale  
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

**Legge 12 luglio 2012 – Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro – autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi – proroga al 31 dicembre 2012 – Requisiti che deve avere il medico o odontoiatra che svolge direttamente le funzioni di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP).**

Facendo seguito alla Comunicazione n. 34 del 17 maggio 2012 si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 162 del 13 luglio 2012 è stata pubblicata la Legge 12 luglio 2012, n. 101 concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 maggio 2012, n. 57, recante disposizioni urgenti in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi lavoro nel settore dei trasporti e delle microimprese". Come è noto l'art. 1, comma 2, del decreto-legge 57/12 prevede la possibilità di autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi da parte dei datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori sino e non oltre il 31 dicembre 2012. Ne discende di conseguenza che, superata la data del 31 dicembre 2012, tutti i titolari di studio medico o odontoiatrico con lavoratori dovranno redigere il documento di valutazione dei rischi. Si ricorda che per la mancata elaborazione del documento di valutazione dei rischi il datore di lavoro è punito ai sensi dell'art. 55, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.500 a 6.400 euro. Considerato che debbono

procedere alla effettuazione della autocertificazione della valutazione dei rischi i medici o odontoiatri che occupano fino a 10 lavoratori, appare opportuno chiarire come il Legislatore definisca la figura del lavoratore. Nella fattispecie l'art. 2, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. dispone che per lavoratore si intende tra l'altro una persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro. Si ritiene opportuno ricordare in questa sede a tutti i medici e odontoiatri titolari di studi professionali con lavoratori, che svolgano direttamente la funzione di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 81/08, di fare particolare attenzione al rispetto del percorso formativo previsto dal Legislatore. Infatti, considerato l'Accordo 21 dicembre 2011 della Conferenza Stato-Regioni sui corsi di formazione per lo svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dei rischi pubblicato sulla Gazzetta della Repubblica Italiana n. 8 del 11 gennaio 2012 e già trasmesso da questa Federazione con Comunicazione n. 3 del 3 gennaio 2012, si evidenzia che:

- il titolare dello studio medico o odontoiatrico che abbia già svolto, alla data di pubblicazione dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 (GU del 11 gennaio 2012), il corso di 16 ore ai sensi dell'art. 3 del decreto 16 gennaio 1997, dovrebbe svolgere un corso di aggiornamento che ha periodicità quinquennale di 14 ore.
- Il titolare dello studio medico o odontoiatrico che svolge direttamente le funzioni di Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione da data anteriore al 31 dicembre 1996 e, quindi, che era esonerato dalla frequenza dei corsi ai sensi della norma transitoria di cui all'art. 95 del D.Lgs. 626/94 ora abrogato, dovrebbe svolgere un corso di aggiornamento di 14 ore entro 24 mesi dalla data di pubblicazione dell'Accordo (11 gennaio 2011).
- Il titolare dello studio medico o odontoiatrico non rientrante nelle ipotesi precedentemente illustrate e che, quindi, ex-novo voglia svolgere le funzioni di Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione dovrebbe svolgere un corso di formazione della durata di 48 ore; successivamente con periodicità quinquennale dovrebbe svolgere 14 ore di aggiornamento.

Si ricorda che l'art. 55, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. prevede che il datore di lavoro è punito con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.500 a 6.400 euro per la mancata designazione del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione di cui all'art. 17, comma 1, lett. b), del D.lgs. 81/08 o per la violazione dell'art. 34, comma 2, del D.Lgs. 81/08 che prevede che il datore di lavoro che svolga direttamente i compiti di RSPP debba frequentare i corsi di formazione di durata minima di 16 ore e massima di 48 ore nel rispetto dei contenuti e delle articolazioni definiti mediante accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Pertanto, stante il quadro normativo sopra delineato, appare chiaro che il medico o odontoiatra titolare di studio professionale con lavoratori che non si trovi in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento diretto delle funzioni di RSPP dovrebbe designare necessariamente un consulente esterno. Invece i medici o odontoiatri che abbiano già svolto i corsi di formazione di cui all'art. 34 del D.Lgs. 81/08 (corso della durata minima di 16 ore) o che erano esonerati dalla frequenza dei corsi così come sopra riportato, potranno continuare a svolgere direttamente le funzioni di RSPP, ma dovranno ben fare attenzione a rispettare le tempistiche sopra delineate per lo svolgimento del nuovo iter formativo previsto dall'Accordo 21 dicembre 2011 della Conferenza Stato-Regioni.



## Il riordino visto dal territorio

Dott. Marco Petrella

Cercando di essere coerente con quel che ho detto nello scorso bollettino ("Cosa ci è consentito dire"), provo a guardare al "riordino" del sistema sanitario regionale da un punto di vista pertinente alla mia collocazione: operatore del territorio (in particolare epidemiologo) e rappresentante sindacale dei medici del territorio.

Non trascriverò le mie osservazioni da sindacalista, già fatte avere all'Assessore, ma punterò su soli tre punti, contando che saranno d'attualità anche dopo l'estate, mentre le correnti politiche si azzuffano e i poteri forti si accordano.

**Uno:** appartengo ad una categoria di medici profondamente calati nella loro funzione di Dirigenti, in quanto particolarmente impegnati negli aspetti organizzativi della sanità, e che pure restano fortemente legati al giuramento che ci vuole principalmente preoccupati della salute dei nostri assistiti. In questa fase così critica non possiamo che concentrare la nostra attenzione, anche quando difendiamo diritti di categoria, su come esprimere al meglio il nostro ruolo in difesa della salute dei cittadini.

**Due:** per me questo oggi coincide con una presa in carico coerente e a tutti i livelli della **priorità "malattie croniche"**.

Ammetto che **la prevenzione non promette risparmi a breve termine**, ma nessuno può sperare di sostenere i servizi socio sanitari del prossimo futuro se non si modifica una organizzazione del lavoro, del territorio e dei consumi che genera patologia. E qui non bastano i buoni consigli dei sanitari (che però restano un nostro inderogabile dovere), ma devono entrare in campo le amministrazioni e il mondo dell'impresa.

Invece sin da subito e con effetti a breve va de-

finita in modo efficace **la gestione delle cronicità** e ampliato **il ruolo della riabilitazione**.

Vanno definiti per **un piccolo numero di grandi patologie croniche**, Percorsi diagnostico assistenziali precisi, in cui sia chiaro cosa deve fare il MMG o il PLS, cosa l'assistenza domiciliare, cosa le varie strutture intermedie. Vanno definite le forme organizzative e gli strumenti in modo che tutto ciò sia davvero alternativo al ricovero ospedaliero (medicina di gruppo, continuità assistenziale vera, sistemi informativi integrati, servizi diagnostici sempre attivi, etc.). Solo allora vedremo svuotarsi i Pronto Soccorso e le corsie dei più disparati reparti.

E bisogna ricordare che **patologia cronica significa disabilità**, quindi minori funzioni sociali, isolamento, alla fine non autosufficienza e un carico sociale e familiare già oggi non più sostenibile.

Da un lato **la riabilitazione** deve essere sviluppata in modo da affrontare tutte le post-acuzie che rischiano di trasformarsi in disabilità e deve poter raggiungere con azioni meno intensive tutte le disabilità che possono essere contenute. Dall'altro vanno valorizzate e sostenute tutte le forme di **presa incarico di questi problemi da parte dei cittadini**: auto-aiuto, manutenzione dell'abitato e del territorio in funzione salutogenica, sviluppo delle azioni di comunità.

Alla luce di queste scelte sarà più facile dire cosa ci si aspetta dal Distretto e cosa dai vari Dipartimenti, cosa deve essere la Casa della Salute dopo l'inaugurazione, cosa devono fare i medici e gli infermieri del territorio, cosa può essere convenientemente delegato al privato.

**Dove si prendono le risorse per fare cose nuove**, se tutto l'impegno di oggi è risparmiare molto e subito? Spostando servizi e persone dall'ospedale al territorio e non sempre fisicamente.

E non si può aspettare che per merito di azio-

ni che non riusciamo a potenziare si svuotino i reparti di medicina, oppure che si possa realizzare un altro ospedale nuovo al posto di due troppo piccoli: dobbiamo **chiudere le alte specialità replicate, inefficienti e pericolose**.

**Tre:** il territorio deve poter **documentare le proprie attività e i propri risultati** con la stessa immediatezza e forza con cui documentano ciò l'ospedale e i servizi diagnostici. Questo per far sì che si possa aggiustare il tiro e verificare la sostenibilità e i vantaggi per la salute.

I tasselli di base ci sono: dai sistemi informativi e di valutazione degli screening alle banche dati dei MMG; dall'archivio delle prescrizioni farmaceutiche a quello delle prestazioni spe-

cialistiche. Un incrocio intelligente di queste informazioni, integrato con le SDO e il registro di Mortalità, può stimare la prevalenza di fenomeni importanti, ricostruire percorsi, individuare indicatori di esito. Va però ottenuto che ogni servizio del territorio documenti giornalmente su supporto informatico un set minimo di informazioni non solo amministrative centrate su un problema codificato di salute e sulla azione messa in atto.

Se non ce la facciamo, e potrebbe essere già tardi per concentrare le rimanenti energie sui tre punti sopra descritti, potremmo dover dire addio al sistema sanitario pubblico gratuito e universalistico.



*La sede INPS di Citta di Castello ci ha inviato la nota che segue con l'invito per i medici certificatori a verificare la correttezza dell'indirizzo di reperibilità dei lavoratori onde evitare pesanti ricadute economiche.*



**INPS**  
**Istituto Nazionale Previdenza Sociale**  
**Agenzia complessa di Città di Castello**

### **Certificati di malattia telematici - Indicazione del corretto indirizzo di reperibilità del lavoratore durante la malattia.**

Come noto dopo una lunga fase preliminare, è ormai pienamente operativa la certificazione elettronica della malattia da parte dei medici curanti e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La normativa vigente indica l'indirizzo di reperibilità come requisito essenziale della certificazione di malattia, in quanto elemento necessario per l'effettuazione di eventuali visite di controllo. La mancanza, l'inesattezza o l'incompletezza di tale requisito comportano la perdita della prestazione previdenziale per l'intero periodo di malattia o per tutte le giornate attestate da una certificazione priva del corretto indirizzo di reperibilità.



## PRECISAZIONI

Dott. Tiziano Scarponi

L'ultimo editoriale di questo bollettino sull'apertura 24 ore degli ambulatori dei medici di medicina generale ed ancora quello sulla medicina non convenzionale del n. 3/4 2011 hanno suscitato in qualche lettore delle perplessità e disapprovazioni.

Qualcuno non ha condiviso come ho "liquidato" l'argomento casa della salute, qualcuno mi ha accusato di sponsorizzare le tesi del mio sindacato a scapito di quelle di altre sigle sindacali, altri ancora non hanno accettato di vedere riconosciuto un ruolo ed una posizione alla medicina non convenzionale. Qualcun altro gradirebbe degli editoriali di risposta "ufficiale" alle lettere giunte e pubblicate sull'argomento, come se in pratica dovessi smentire me stesso.

La sostanza dell'accusa consiste nel fatto che essendo il Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri l'organo "ufficiale" dell'Ordine stesso non mi è consentito di utilizzarlo per favorire una tesi rispetto ad altre, né per *"avvallare implicitamente dei credo personali in quanto pur non essendo la Medicina una Scienza Perfetta è comunque basata su fondamenti scientifici e sul metodo clinico-sperimentale"*.

Non è certamente il caso di affrontare in queste poche righe argomenti "grandi" come l'imparzialità dell'informazione e i fondamenti scientifici della Medicina, ma mi preme porre l'accento su alcuni punti.

Quando ho accettato di fare il Direttore Responsabile del Bollettino ho subito capito che la mia difficoltà più grande sarebbe stata quella di dover parlare a una categoria professionale, quella medica, che in pratica non esiste. L'universo dei medici, infatti, si divide in tante categorie mediche: ospedaliere, universitarie, di medicina gene-

rale, liberi professionisti puri ed altri ancora, ognuna con problematiche ed interessi propri e talora anche in contrasto tra loro.

Proprio partendo da questo concetto non ho mai preteso di essere la "voce ufficiale" dell'Ordine dei Medici, anzi ho sempre inteso il mio ruolo come provocatore, stimolatore di riflessioni e valutazioni ben sapendo che su certi argomenti è ben difficile, se non impossibile, arrivare a delle conclusioni. Sempre in quest'ottica, ho pubblicato qualsiasi articolo o commento che mi sono arrivati, senza eccezioni, anche se più di una volta non dividevo quello che mandavo in tipografia, ma ovviamente ognuno si assume la responsabilità morale ed intellettuale di quello che scrive.

Sulla scia di quanto ho appena detto seguono tre articoli che derivano dal mio editoriale sulla medicina non convenzionale, questo non vuol dire sponsorizzare, ma mettere in pratica quello che ho appena detto in funzione del pluralismo di opinione. Permettetemi poi di aggiungere che se ancor prima della mia elezione a consigliere dell'Ordine è stata individuata una commissione per le terapie non convenzionali significa che da qualche parte il problema dovrà comunque essere affrontato e non eluso.

Sarebbe importante ed interessante inoltre che questi dubbi, critiche o valutazioni non in linea con quanto pubblicato diventassero qualcosa di più di una semplice comunicazione di posta elettronica di tre o quattro righe. Ci sarebbe senza dubbio maggior guadagno mentale ed intellettuale se potessero diventare degli articoli o degli scritti da poter pubblicare e ravvivare il dibattito fra la nostra eterogenea categoria.



## Le medicine non convenzionali

Dott. Pindaro Mattoli - medico omeopata

Caro Tiziano, anzitutto ti faccio i complimenti per aver voluto affrontare, anche in qualità di Coordinatore della Commissione per le Medicine non Convenzionali dell'Ordine di Perugia, l'argomento spinoso di tali terapie in ambiente ordinistico, e te ne ringrazio perché così abbiamo la possibilità di fornire ai colleghi molti chiarimenti in merito.

Esercito privatamente la Omeopatia da 30 anni, anche per tradizione familiare che data dalla metà dell'Ottocento. Inoltre mi occupo di legislazione nel settore delle Medicine Non Convenzionali da 20 anni.

Negli anni, esercitando a margine, ma non fuori, dalla medicina convenzionale, ho potuto recepire vari pareri sulla Omeopatia e sulle altre terapie non ortodosse da parte di colleghi, sia direttamente, sia indirettamente riferiti da pazienti comuni.

In genere i colleghi si dichiarano agnostici e accettano di buon grado che in qualche modo il paziente abbia avuto un beneficio da tali terapie. Altri conoscono tali terapie e sono favorevoli. In alcuni casi si manifesta un giustificato scetticismo e a volte una chiara avversione.

Vorrei in questa sede dare solo qualche suggerimento generico, per favorire una discussione che entri in seguito nel merito sinteticamente, ma in maniera chiara ed esauritiva.

Anzitutto una breve digressione sulla terminologia: le terapie in questione non sono "alternative", come spesso vengono chiamate, almeno non quelle riconosciute come "atto medico" dalla FNOMCeO nello storico Consiglio Nazionale di Terni del 2002: Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Fitoterapia, Omeopatia, Medicina Antroposofica, Omotossicologia. Tali terapie possono essere esercitate, anche sulla base di numerose sentenze giuridiche, solo da medici, odontoiatri e veterinari. Il riconoscimento di "atto medico" delle sette terapie

non implica una validazione scientifica, ma certamente dona loro una veste deontologica e una figura professionale di livello qualificato.

In ambiente legislativo e ordinistico, il termine più esatto è "Medicine Non Convenzionali" (MNC). Ovviamente il termine fa riferimento a quella che è la Medicina "convenzionale" in Occidente, potendo il rapporto essere anche invertito in nazioni lontane come l'India o la Cina.

In ambito clinico, al momento dell'atto terapeutico ogni medico esperto in una o più MNC, somministra al paziente, in scienza e coscienza, le terapie che ritiene utili, convenzionali o non, singolarmente, o in successione o in combinazione. In questo ambito applicativo i termini giusti sono: "Medicine Complementari o Integrative" e "Medicina Integrata". La Medicina Integrata comprende peraltro sia l'utilizzo di diverse terapie, come sopra descritto, da parte di un singolo medico relativamente a un singolo paziente, sia la combinazione di diverse terapie da parte di una équipe di medici per indirizzi clinici ben precisi, seguendo dei protocolli ben codificati. Di questa seconda possibilità scrive con competenza diretta la Dott.ssa Simonetta Marucci, Presidente della S.I.M.I. (Società Italiana di Medicina Integrata), nell'articolo successivo.

Altro suggerimento che vorrei fornire per avere un giudizio chiaro ed equanime è quello di non considerare le MNC globalmente come una unica medicina alternativa a quella ufficiale. Il gruppo delle MNC è stato formulato solo in funzione di una regolamentazione, ma le stesse MNC, prese singolarmente hanno identità assolutamente diverse, distanze geografiche di migliaia di chilometri e distanze storiche anche di migliaia di anni: galassie isolate. Ogni MNC ha il suo statuto epistemologico che va ben evidenziato e una sua peculiare metodologia e casistica clinica che vanno correttamente inserite nei contesti storici e sociali relativi.

Occorre considerare che le MNC sono in genere preesistenti alla Medicina moderna occidentale e che i risultati da loro ottenuti non sono stati censiti statisticamente o dimostrati con mezzi moderni, in passato per la impossibilità di farlo, più recentemente per la difficoltà ad accedere a mezzi adeguati, a disposizione solo dell'area "ufficiale". Ciononostante negli ultimi decenni le ricerche di laboratorio, cliniche, epidemiologiche e statistiche sulle MNC si sono moltiplicate, i meccanismi di azione delle MNC sono stati studiati e approfonditi proprio in virtù dei mezzi di indagine più moderni (PNEI, Fisica, etc) e l'ipotesi di validazione scientifica per le MNC più conosciute e applicate è oramai alle porte. Entrando un po' più nel merito, sempre facendo riferimento alle sette MNC riconosciute come

"atto medico" dalla FNOMCeO, possiamo suddividerle in tre categorie: MNC che utilizzano mezzi fisici (Agopuntura); MNC che utilizzano mezzi farmacologici ponderali (Farmacologia Cinese, Farmacologia Ayurvedica e Fitoterapia occidentale); MNC che utilizzano medicinali a dosi molto attenuate o addirittura infinitesimali (Omeopatia, Medicina Antroposofica, Omotossicologia). Concludendo, per effettuare una analisi esauriente delle MNC, piuttosto che divagare sommarariamente, è opportuno che ciascuna di esse venga esposta chiaramente ed esaurientemente da un medico che la pratica da molti anni. In questo senso chiedo al collega e amico Tiziano Scarponi di concedere uno spazio sui prossimi numeri del nostro Bollettino, mettendomi direttamente a disposizione per quanto riguarda l'Omeopatia.

### La medicina è una ed una sola.

Dott. Roberto Buresta - Medico Generalista-Neurologo-Omeopata

Solamente il 20-30% della popolazione mondiale si cura regolarmente con la medicina convenzionale occidentale. Il rimanente 70-80% afferisce alle tradizioni mediche popolari ed alle medicine "alternative" più svariate (dati National Institutes of Health). Questo pone importanti problemi e discussioni aperte tra medici e istituzioni e non si può più continuare ad "alzare le spalle" e avere atteggiamenti di rifiuto aprioristici senza sapere nulla di quello che si va a criticare: non è un atteggiamento né scientifico né professionale. L'equilibrio che noi chiamiamo salute, è un equilibrio dinamico; la malattia o la salute sono un adattamento psico-neuro-endocrino-immunologico agli stimoli interni e/o esterni: dunque la salute e la malattia non sono due entità distinte ma sono due risultati diverse di uno stesso processo biologico. Il sistema uomo è impegnato costantemente a mantenere in equilibrio se stesso, per la propria conservazione e per il proprio benessere: ogni giorno il nostro sistema immunitario distrugge cellule atipiche ed il nostro cervello cerca il nostro benessere. La medicina basata sull'evidenza affronta il problema della malattia rivolgendosi quasi esclusivamente alla patologia e alle possibilità di sopprimere le manifestazioni patologiche, senza comprenderne il profondo e reale significato: quelle manifestazioni sono il tentativo dell'organismo di riportare in un equilibrio di salute il sistema uomo: impariamo a capire che cosa merita di essere curato in quella persona! L'organizzazione medica è, per lo più, una organizzazione chiusa che si protegge dalla critica e cerca prevalentemente conferme piuttosto che cercare smentite, come il corretto metodo scientifico ci suggerirebbe. La medicina generale è sempre stata una medicina "olistica": il medico di medicina generale affronta le problematiche dei propri pazienti sempre inserendole nel loro vissuto personale, socio-economico ed affettivo. Purtroppo negli ultimi tempi la Medicina Generale sta subendo un viraggio verso una medicina burocratica e a carattere epidemiologico/statistico, con una netta e grave modi-

ficazione del rapporto medico-paziente. Anche nella medicina geriatrica c'è una impostazione "olistica": infatti nell'anziano si tratta di affrontare i problemi non per guarirli ma per trovare una qualità di vita adeguata all'età biologica e vitale. Nell'era globale vediamo che nel mondo esistono metodi terapeutici che hanno tradizioni millenarie e che funzionano perfettamente e che hanno una evidenza scientifica forte, se per evidenza si intende anche quello che è presente, chiaro osservabile e che non è necessario verificarlo perché appare: si rivela e dunque è un fatto. La medicina, qualunque essa sia, deve essere possibile verificarla ma verificarla rispettando le metodiche inerenti alle singole discipline. Scientifico non può definirsi ciò che è esatto ed indiscutibile, ma proprio il contrario: è scientifico quello che può essere messo in discussione e contestato; la scienza sembra proprio procedere grazie al coraggio di mettere in discussione le credenze precedenti. Il mondo della Medicina non Convenzionale è pronta e disponibile al confronto scientifico e alla integrazione e da parte del medico non essere a conoscenza di possibilità terapeutiche efficaci può essere una "scorrettezza" nei confronti dei propri pazienti. In Italia 8 milioni di italiani si curano omeopaticamente, 6 milioni fanno uso di farmaci fitoterapici, 4 milioni di italiano fanno ricorso all'agopuntura. E' diventato imperativo da parte dei medici di organizzarsi in associazioni e/o società scientifiche per dare risposte sempre più scientifiche e corrette: in Umbria esiste una Associazione tra medici che praticano le terapie non convenzionali che si è data dei compiti che crediamo necessari e non più derogabili: l'aggiornamento scientifico, la ricerca, incontri con le Istituzioni, confronti con tutte le altre società scientifiche ed incontri con la popolazione, che deve essere informata in maniera corretta. Siamo tutti medici iscritti al Registro delle MNC dell'Ordine dei Medici e tutti professionisti con alle spalle molti anni di attività professionale, con partecipazioni a programmi di insegnamento e di ricerca clinica. Diceva Tomas Paschero: "La cosa più importante, ciò che realmente ha valore nell'attitudine del medico, è il senso dell'unità della vita. Se non ce l'ha non può comprendere l'ammalato né fare niente per lui".



## La medicina integrata

Dott. Simonetta Marucci - medico Agopuntore, omeopata

Caro Scarponi, ti ringrazio per aver introdotto la questione delle medicine non convenzionali nel nostro Bollettino.

La discussione tra Medicina "convenzionale" e "non convenzionale" o "alternativa", si sviluppa partendo dal presupposto che ci sia una contrapposizione tra le differenti branche e modalità di cura.

Discipline come l'Agopuntura, l'Omeopatia, la Fitoterapia ed altre numerose tecniche sviluppatesi nelle varie parti del mondo, fin da tempi anche lontanissimi, non sono una novità, in quanto hanno preceduto di centinaia o, nel caso dell'Agopuntura, di migliaia di anni, l'avvento della Medicina convenzionale.

L'apparente paradosso a cui oggi assistiamo è che, il sapere "forte" legato allo sviluppo scientifico, non solo non ha soppiantato tali discipline, che lo precedevano, ma esse stanno vivendo una crescita ed una espansione del tutto nuove, dimostrando di non essere affatto superate.

Vari sistemi di guarigione coabitano tranquillamente in ogni paese, accanto a tradizioni culturali differenti, per cui si può rilevare, ad esempio che, in un villaggio africano o di una qualsiasi altra parte del mondo, il nativo si rivolga alle tradizionali terapie rituali ma, in determinate situazioni, faccia riferimento all'ospedale di impronta occidentale. Esattamente allo stesso modo, in occidente coabitano tradizioni mediche diverse e lo stesso soggetto può rivolgersi alla Agopuntura o alla Omeopatia, senza per questo disdegnare le cure biomediche. L'integrazione tra varie tradizioni di guarigione appare come un processo culturale del tutto naturale.

Il fatto che esperienze di cura diverse si contagino a vicenda, produce un orizzonte di soluzioni terapeutiche certamente più ampio e ricco,

dove si può integrare il meglio delle pratiche della "medicina convenzionale" con il meglio di quelle "non convenzionali".

Il concetto di Medicina "integrata", inserendosi nella dialettica tra medicina "convenzionale" e "non convenzionale", cerca di superarne il dualismo e la contrapposizione, proponendo una Medicina orientata alla salute e che, nel rapporto tra Medico e Paziente, pone al centro l'Uomo.

La Medicina Integrata non è semplicemente una medicina "eclettica", dove si combinano tecniche differenti, ma è nell'approccio medico-paziente che si realizza la sua connotazione principale, in quanto il malato viene considerato non solo per l'aspetto biologico della malattia, ma nella sua realtà globale, sociale e psicologica.

Riportando il Paziente al centro dell'interesse della Medicina, perdono completamente di significato le varie distinzioni tra "convenzionale", "alternativo", "ufficiale" e si fa strada l'esigenza di ritornare a parlare di una Medicina Unica, senza aggettivi che servono solo a definire separazioni e differenze, contrapposizioni e contrasti, una Medicina che abbia come unico obiettivo quello di curare e, laddove possibile, guarire.

L'integrazione ed il dialogo tra le diverse anime della Medicina è già realtà nella pratica. La realtà è che sempre più Pazienti si curano associando varie modalità terapeutiche e che gli stessi Medici sempre più studiano per acquisire conoscenze nel campo delle medicine non convenzionali e le combinano poi, senza alcuna difficoltà, nella loro pratica quotidiana.

Occorre definitivamente superare la contrapposizione tra ciò che viene considerato scientifico ed ortodosso e ciò che è definito "non convenzionale", cioè non scientifico, vale a dire "eretico".

Le Medicine “non convenzionali” possono essere sottoposte a verifica, rispetto alla loro efficacia, ma spesso occorre trovare dei metodi di ricerca che rispettino le caratteristiche e le basi teoriche di tali discipline. È proprio la scienza più attuale che può fornire gli strumenti utili per far sì che nel campo, a volte anche confuso, delle pratiche che vengono definite “non convenzionali”, si possa discriminare tra quelle che possano dare al paziente le migliori garanzie di sicurezza ed efficacia.

In campo applicativo sul piano socio-sanitario, da diversi anni, presso la ASL 2 di Perugia, si sta portando avanti un programma di integrazione tra Medicina Convenzionale e Non Convenzionale, all'interno di Servizi Pubblici dedicati a Terapia del Dolore, Dipendenze, Disturbi del Comportamento Alimentare e Disturbi della Menopausa. All'interno dei Servizi vengono praticate Agopuntura, Omotossicologia, Auricoloterapia, Tecniche di Meditazione, Omeopatia accanto alle discipline convenzionali. La SIMI, (Società Italiana di Medicina Integrata), ha promosso e contribuito alla realizzazione di tali servizi nell'ambito pubblico.

La Regione Umbria, sulla base dei risultati e di studi portati avanti da una commissione regionale finalizzati alla analisi delle evidenze nel campo delle MNC, ha recepito tale modello ed inserito la Medicina Integrata nel Piano Sa-

nitario Regionale. La ASL 2 di Perugia sta già attuando tale progetto all'interno dei servizi DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare) di Todi.

L'integrazione tra Medicina Convenzionale e Non Convenzionale si rivela vantaggiosa per il paziente, che torna ad essere al centro del processo decisionale del medico, ricevendo la cura più utile in una certa situazione, dopo aver vagliato collegialmente la diagnosi e le varie opzioni terapeutiche. Le discipline vengono applicate sulla base di evidenze, la cui ricerca è sempre basilare, e la stessa SIMI attua studi clinici, osservazionali

L'obiettivo principale della SIMI è unificare la Medicina, che sta diventando sempre più disintegrata, riportando al centro dell'atto medico, il paziente. Il nostro slogan è quello di fare una medicina volta solo alla cura, superando dicotomie e contrapposizioni che danneggiano i pazienti e non giovano alla serenità che l'atto medico richiede.

Nella nostra esperienza si è visto che, quando si prende consapevolezza che l'obiettivo comune è il paziente ed il sollievo della sua sofferenza, il punto di vista cambia e la collaborazione diventa naturale e necessaria per realizzare la finalità comune. Crediamo che la ricerca di una lingua comune sia un presupposto importante per una Medicina senza *aggettivi*.



### SI COMUNICA

**CHE PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ORDINE SONO DISPONIBILI  
GLI ATTESTATI DEI CORSI FAD DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE**

**“RCA - Root Cause Analysis”**

**“Audit Clinico”**

**RELATIVI AI QUESTIONARI INVIATI VIA FAX.**



## SLOW MEDICINE

Prof. Fortunato Berardi

È una opinione diffusa quanto sostenuto da alcuni individui, al termine di personali esperienze di vita, che “i medici sanno parlare, ma non sanno ascoltare”. Secondo una ricerca scientifica pubblicata dagli Annals of Internal Medicine, il paziente dispone in media di 18 secondi per descrivere i suoi sintomi al medico. È la “medicina fast”, applicata con crescente frequenza, negli ambulatori dei medici, sia dipendenti che specialisti privati. Modalità che determina nei pazienti un elevato disagio, penalizza la terapia ed alimenta i costi sanitari.

Per tentare di porre rimedio a questa procedura è sorto un movimento associativo “slow medicine” con lo scopo specifico di promuovere il dialogo tra medico e paziente, garantendo a tutti adeguati tempi di ascolto e la giusta terapia (Donatella Mariani, Slow Medicine). Il programma, come pubblicizzato, prevede una serie di proposte: 1) ascoltare di più, 2) non esagerare con farmaci ed esami, 3) personalizzare la cura, 4) riconoscere i limiti dell’assistenza, 5) lavorare in squadra, 6) essere pazienti.

1) **Ascoltare di più.** Un rapporto di fiducia medico-paziente si instaura solo con un adeguato dialogo; più attenzione quindi all’ascolto di qualsiasi cosa egli dica, con una accurata anamnesi. L’eccesso di burocrazia, i tagli alla sanità e la conseguente smisurata attenzione ai bilanci, crea enormi liste d’attesa; invisibili ai pazienti e sgradite agli operatori. Infatti, il personale medico deve lavorare con stress e, talora, può sembrare ai pazienti freddo o distaccato. I fondatori della rete Slow medicine, tra cui la Dott.ssa Mariani e il dott. Carlo Di Stanislao, sollecitano i colleghi ad una maggiore umanizzazione del rapporto, realizzata attraverso sguardi, gesti, dialoghi, che troppo spesso vengono negati ai pazienti ed ai loro familiari. Insomma, il rapporto tra medico e paziente deve basarsi sul dia-

logo, il rispetto e la fiducia reciproca.

2) **Non esagerare con farmaci ed esami.** Uno dei principi della Slow medicine è quello che “non sempre fare di più equivale a fare meglio”. Il rischio è che, i notevoli progressi della scienza e della tecnologia, siano usati per soppiantare la visita e non per integrarla. È evidente che un’accurata anamnesi e una scrupolosa semeiotica, riducono il ricorso a tecnologie diagnostiche costose e non sempre necessarie. Chi aderisce al concetto della Slow Medicina rifugge dagli screening indiscriminati ed esercita particolare sobrietà nell’uso dei farmaci.

3) **Personalizzare le cure.** Cure appropriate, adeguate alla persona ed alle circostanze, altro principio della Slow Medicina. Donatella Mariani, socio-fondatore del movimento, sottolinea “l’importanza che la terapia tenga conto delle abitudini, delle necessità e delle attitudini del malato. Perché il beneficio di una cura non è affidato solo all’efficacia del principio attivo, ma anche alla possibilità che la terapia venga seguita con sollecitudine e convinzione”.

4) **Riconoscere i limiti della scienza.** È sempre più radicata la convinzione, indotta dai media, che la medicina possa risolvere ogni problema sanitario. Nella realtà, ciò non è sempre vero ed un’ottica più attenta dovrebbe evidenziare i suoi limiti. Una medicina più coinvolgente, slow e a misura d’uomo, dovrebbe indurre pertanto i pazienti a considerare che alcune malattie, purtroppo, non possono essere, attualmente, guarite, ma ci si possa convivere. Anche i farmaci, pur utili, hanno talora controindicazioni ed effetti negativi. Per questi ed altri motivi, il medico dovrebbe aiutare i malati a tollerare eventuali delusioni delle aspettative, cercando insieme di ridurre il disagio della stessa malattia.

5) **Lavorare in squadra.** Una medicina più “slow” prevede una maggiore reciprocità nelle varie

professionalità, con ripetuti scambi di informazioni tra medico di base e gli specialisti; collaborando per migliorare lo stato di salute del paziente. Procedure che non determinano costi aggiuntivi elevati, ma che possono, certamente, influenzare positivamente il benessere dei malati.

6) **Essere pazienti.** Anche il paziente può contribuire a rendere più efficace il rapporto diagnostico-terapeutico, essendo più disponibile e rispettoso. Infatti, elencare con precisione i propri sintomi, rispondere senza remore alle domande del medico, aiuta l'operatore a fare scelte diagnostiche e terapeutiche più adeguate. Non è opportuno, peraltro, che il paziente snoccoli

una serie di informazioni tratte da internet, pretendendo magari anche cure ed esami appresi in programmi televisivi, o suggeriti da rubriche pseudo-scientifiche.

In definitiva, questi sono, sinteticamente, alcuni principi che l'associazione "Slow medicine", antitetica alla medicina **fast**, raccomanda ai suoi iscritti: professionisti della sanità, medici, psicologi, direttori sanitari, specialisti vari.

Ad ogni buon conto e per concludere, ogni operatore sanitario può aderire all'associazione "slow medicine". Per informazioni maggiori, i colleghi interessati possono rivolgersi al sito internet: [info@slowmedicine.it](mailto:info@slowmedicine.it)



Federazione Nazionale  
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

### COMUNICAZIONE N. 58

**Decreto 2 luglio 2012 - Avvio a regime delle procedure per la trasmissione telematica dei dati delle ricette a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei medici prescrittori regionali e ricetta elettronica presso le regioni Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Marche, Lazio e Sicilia.**

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 160 del 11 luglio 2012 è stato pubblicato il decreto 2 luglio 2012 recante "Avvio a regime delle procedure per la trasmissione telematica dei dati delle ricette a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei medici prescrittori regionali e ricetta elettronica presso le regioni Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Marche, Lazio e Sicilia". Il decreto indicato in oggetto è stato emanato visto l'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n.326 e successive modificazioni e integrazioni (Sistema Tessera Sanitaria) e visto il DPCM 26 marzo 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 124 del 28 maggio 2008, attuativo del comma 5-bis del citato articolo 50, concernente, tra l'altro, i dati delle ricette e le relative modalità di trasmissione telematica da parte dei medici prescrittori del SSN al Sistema di accoglienza centrale (SAC) del Ministero dell'economia e delle finanze e la ricetta elettronica. L'art. 1, comma 1, del decreto 2 luglio 2012 dispone che con riferimento all'attuazione in ambito regionale delle disposizioni di cui al DPCM 26 marzo 2008 sopraccitato, inerenti alla trasmissione telematica dei dati delle ricette a carico del SSN da parte dei medici prescrittori, è definito il seguente programma di avvio a regime:

- a) Regione Veneto, Marche e Sicilia, dal 30 giugno 2012;
- b) Regione Lazio, dal 30 settembre 2012;
- c) Regione Friuli Venezia Giulia, dal 31 ottobre 2012;
- d) Regione Umbria, dal 31 dicembre 2012.**

L'art. 1, comma 2, del decreto 2 luglio 2012 prevede in fase di prima applicazione, che nelle Regioni sopra indicate, così come previsto dall'art. 1, comma 3, del decreto 14 luglio 2010, la inadempienza inerente alla trasmissione telematica delle ricette prescritte si intende verificata nel caso in cui le ricette prescritte e trasmesse telematicamente, a partire dalle date di cui al comma 1, siano, su base mensile, inferiori all'80% del totale delle ricette compilate dal medesimo medico, per le quali risultano al Sistema Tessera Sanitaria erogate le relative prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale, tenuto anche conto dei sistemi informativi regionali di cui all'articolo 4 del DPCM 26 marzo 2008. In conclusione al fine di approfondire l'esame del provvedimento è possibile scaricare copia dello stesso sul portale della fnomceo al link gazzetta ufficiale.



## Sostituzione valvola aortica in pazienti non operabili

Dott. Massimo Sorbo

L'impianto della valvola aortica attraverso un catetere (TAVI: transcatheter aortic valve implantation) è una recente procedura attraverso la quale viene inserita una protesi valvolare nell'anulus aortico per via trans catetere. Tale metodica è stata recentemente approvata dalla FDA americana (Food and Drug Administration) come alternativa alla sostituzione chirurgica della valvola aortica nei pazienti con stenosi aortica severa sintomatica giudicati inoperabili. I pazienti con stenosi aortica sintomatica hanno un tasso di mortalità del 50% a due anni, se non operati. Purtroppo alcuni pazienti con grave stenosi aortica non sono candidabili all'intervento chirurgico a causa dell'età avanzata, di malattie concomitanti debilitanti e in ogni caso con un profilo di rischio operatorio elevatissimo.

Due sono le valvole attualmente utilizzate per via trans catetere: la "Edwards Sapien", approvata negli Stati Uniti, costituita da tre lembi di tessuto pericardico bovino montata su una struttura di supporto in acciaio inossidabile espandibile tramite palloncino, e la "Core Valve" auto espandibile utilizzata in Europa (sono attualmente in sviluppo altri tipi di valvole).

Lo studio PARTNER ha confrontato la procedura TAVI mediante valvola Edwards Sapien rispetto al trattamento medico in pazienti giudicati non candidabili all'intervento chirurgico; in 358 pazienti (età media 83 anni) giudicati inoperabili, le percentuali di mortalità a 30 giorni e a un anno nei randomizzati a TAVI sono state del 5% e del 30,7% rispettivamente, contro il 2,8% e il 50,7% nei pazienti assegnati a trattamento medico. Dopo due anni, le percentuali di mortalità sono state del 43,3% con TAVI e del 68% con il trattamento medico. In un altro Studio condotto su 699 pazienti (età media 84 anni) tutti ad alto rischio chirurgico,

le percentuali di mortalità a 30 giorni, a un anno e a due anni sono state del 3,4%, del 24,2% e del 33,9%, rispettivamente nei pazienti randomizzati TAVI, contro il 6,5%, 26,8% e 35%, rispettivamente in quelli randomizzati a chirurgia tradizionale.

Le principali complicanze della procedura TAVI sono comparsa di attacchi ischemici transitori (TIA), ictus, complicanze dell'accesso vascolare e disturbi della conduzione cardiaca. In uno studio canadese effettuato su 138 pazienti, circa un terzo ha sviluppato una fibrillazione atriale dopo la procedura TAVI con valvola di Edwards Sapien. Su 270 pazienti sottoposti a TAVI con Core-Valve nel regno unito, un terzo ha necessitato di un Pace-Maker permanente entro un mese dalla procedura.

La valvola Edwards approvata dalla FDA è controindicata nei pazienti che non tollerano una terapia anticoagulante/antiaggregante o in quelli con endocardite batterica e altre infezioni. Le controindicazioni relative alla TAVI comprendono una aspettativa di vita inferiore a un anno, la presenza di un grave rigurgito mitralico, stenosi subaortica, infarto miocardico recente, bassa frazione di eiezione. In conclusione si può dire che l'impianto trans catetere della valvola aortica nei pazienti ad alto rischio con grave stenosi aortica sintomatica è superiore alla terapia medica e paragonabile alla chirurgia tradizionale per quanto riguarda la mortalità a uno e due anni, ma è associato ad un rischio di ictus più elevato ed inoltre non abbiamo dati di follow-up a lungo termine sulla sicurezza ed efficacia della TAVI.

The Medical Letter, XLI, 12, 2012: 50-51  
J. Am. Coll. Cardiol. 2012;59: 1200  
N. Engl. J. Med. 2012; 366: 1696-1704



Dott. Antonio Montanari

Si è tenuto anche nel 2012 l'Oral Cancer Day, l'ormai consolidato appuntamento con la prevenzione e la tutela della salute del cavo orale, in cui i dentisti ANDI scendono in campo per **sensibilizzare la popolazione sulla grave patologia del tumore del cavo orale** e per motivarla a sottoporsi a visite gratuite di prevenzione.

Giunto alla sesta edizione, l'evento, organizzato da Fondazione ANDI onlus, si è svolto nelle principali piazze italiane, compresa Perugia, sabato 5 maggio.

Il format dell'Oral Cancer Day è rimasto invariato rispetto alle precedenti edizioni e prevede che i cittadini ricevano, presso i numerosi gazebo allestiti nelle piazze di tutta Italia, materiale informativo e soprattutto possano parlare direttamente con i dentisti dei **fattori di rischio e dei corretti stili di vita utili a prevenire il tumore del cavo orale**, dei motivi per cui è necessario per i soggetti a rischio effettuare frequenti visite di controllo e di come la prevenzione sia davvero lo strumento più efficace. Le cause scatenanti di questa neoplasia sono infatti principalmente ambientali: l'esposizione a cancerogeni di natura chimica, alimentazioni inadeguate, traumatismo cronico, dovuto per esempio a protesi dentarie mal realizzate, scarsa igiene del cavo orale, cause genetiche e sistemiche, agenti virali, tra cui in particolare, il Papilloma Virus (HPV), che rappresenta un fattore di rischio anche fra i giovani, in quanto trasmissibile attraverso il sesso orale non protetto e con partner multipli.

Il rischio di carcinoma orale è poi da 6 a 28 volte superiore nei fumatori e aumenta se si associa al consumo di alcolici.

**Preso in tempo, questa grave malattia consente la sopravvivenza nella quasi totalità dei casi. Affrontata in maniera troppo tardiva, porta generalmente a morte.**

**La parola d'ordine deve quindi essere prevenzione.** Per questo l'edizione 2012 ha avuto un'importante novità. A differenza degli anni precedenti in cui era di due settimane, l'apertura degli studi dentistici è durata per l'intero mese di maggio ed ha offerto ai cittadini l'opportunità di sottoporsi a una visita di controllo gratuita. E' per questo che uno dei compiti dei dentisti ANDI, oltre ad aprire i propri studi, è stato quello di motivare i cittadini a recarsi dal proprio odontoiatra di fiducia per una visita di controllo.

**Il tumore del cavo orale rappresenta globalmente circa il 4% di tutti i tumori maligni nell'uomo e l'1% nelle donne.** In Italia l'incidenza è in media di 8,44 nuovi casi ogni 100.000 abitanti maschi all'anno e di 2,22 per le femmine. Ecco alcuni consigli per prevenire il carcinoma orale: avere una dieta ricca di frutta e verdura, non fumare, non bere superalcolici con regolarità e non consumare vino fuori dai pasti, mantenere una bocca sana e ben curata, **auto-esaminare periodicamente la bocca e, in caso, macchie o ferite sospette, consultare il proprio medico o uno specialista.** In generale, le persone oltre i 40 anni (soprattutto di sesso maschile) devono sottoporsi con regolarità, almeno ogni sei mesi, a una visita di prevenzione.

Di seguito, a proposito di questa grave patologia, viene riproposto un eccellente articolo della dottoressa Silvia Giubbetti, pubblicato nel 2010 nel Bollettino ANDI Umbria.



## Il carcinoma del cavo orale (CCO)

Dott. ssa Silvia Giubbetti - Consigliere Andi Umbria

Il CCO rappresenta in media nei vari Paesi circa il 4% ed in Italia il 5,4% di tutte le forme maligne. Secondo i dati pubblicati dal Gruppo di Esperti della Comunità Europea (GECE), nell'ambito del progetto "L'Europa contro il cancro", tale tumore ricorre nei paesi Europei, rispetto a tutte le neoplasie maligne, nella misura che varia tra il 2 e il 3%, con una predilezione per il sesso maschile di 2-3 volte maggiore rispetto a quello femminile. In Italia sono stati denunciati 10 casi ogni 100.000 abitanti. L'età media di riscontro del CCO è al sopra dei 40 anni, a partire dai 35 e con un maggior rischio oltre i 65 anni. Nel complesso le analisi statistiche sul CCO sembrano piuttosto allarmanti, specie quelle che riguardano il nostro Paese, per le seguenti motivazioni:

1°- La **morbilità** per CCO è in progressiva espansione nei Paesi Occidentali con un aumento annuo medio di 3-4 unità/100.000 persone e, al di sopra di 75 anni, addirittura di 100 unità/100.000 soggetti.

2°- La **mortalità** per CCO è elevata tanto che, in media, la metà di tali pazienti muore per la progressione della malattia e, a volte, con l'associazione di altri tumori primitivi.

3°- La **sopravvivenza** a 5 anni nello Stadio 0 è del 99% dei casi, mentre nello Stadio I scende all'85% (93% per quelli del labbro e 55% per quelli della cavità orale), nello Stadio II al 66% (90% per quelli del labbro e 35% per quelli della cavità orale) e negli Stadi avanzati (III e IV) al 25% (70% per quelli del labbro e 15% per quelli della cavità orale).

4°- Il **riscontro diagnostico** è generalmente tardivo, in media dopo 4 mesi o dopo 160 giorni dall'insorgenza dei sintomi alla terapia.

5°- La **disinformazione** della popolazione, la riluttanza dei pazienti a seguire schemi terapeutici e profilattici, il **mancato riconoscimento** del CCO in fase iniziale, unitamente al ritardo con cui si giunge alla diagnosi, **non** concedono grandi speranze di **successi terapeutici**.

**Dal punto di vista biologico e della storia naturale**, il CCO presenta **tre tipologie** diverse:

1°- **vegetante, esofitico** che si accresce verso la cavità orale, con andamento biologico più mite, più facilmente eradicabile, con rare recidive e metastasi;

2°- **ulcerato**, infiltrante profondamente i tessuti, biologicamente più maligno e, a seconda delle sedi, facilmente diffusibile per via



LEUCOPLACHIA



LEUCOPLACHIA  
degenerante in carcinoma



LEUCOPLACHIA

linfatica ed ematica;

3°- *nodulare o a placca*, anch'esso invasivo, con aspetti macroscopici molto simili a quelli della leucoplachia, dell'eritroleucoplachia o dell'eritroplasia. Questo terzo tipo di CCO è certamente il più ambiguo e talora sconosciuto, mentre per gli altri due tipi la diagnosi di neoplasia è frequentemente avanzata.

Conclusioni:

Il **CCO insorge in regioni anatomiche facilmente accessibili** al controllo clinico e, nella maggioranza dei casi (4 a 1) nella parte inferiore della bocca (lingua, pavimento, fornici, labbra ecc.) piuttosto che in quella superiore (palato). Nella lingua va considerato con molta attenzione sia il margine inferiore sia il bordo libero, poiché tali zone sono colpite con frequenza maggiore rispetto al dorso.

**L'esame obiettivo** può essere condotto in tempi molto brevi con un'ispezione visiva e palpatoria delle sedi a maggior rischio, con un attento esame di qualsiasi area sospetta e l'adozione dell'abecedario clinico diagnostico. A dispetto del fatto che il CCO si localizzi in aree esposte e quindi rilevabili prontamente, l'intervallo medio tra l'insorgenza dei sintomi e la prima visita medica è, mediamente, di 81 giorni, ai quali vanno aggiunti altri 45 che intercorrono tra la prima visita e l'**accertamento diagnostico**, per un totale di 126 giorni. Questo ritardo dalla data di comparsa dei sintomi al momento della conferma diagnostica si traduce, nella maggioranza dei casi, nella perdita della vita del paziente.

l'odontoiatra ed il medico (prevenzione secondaria) dovranno attenersi scrupolosamente ad alcuni principi:

1°- **Ogni lesione** che si presenti a placca, nodulare, erosiva o ulcerata o vegetante va

considerata **sospetta** fino a quando non si è dimostrato il contrario.

2°- Una **politica attendista** non ha **nessun motivo di esistere!**

3°- **Mai perdere tempo prezioso con terapie palliative** come colluttori, pomate ecc.! Sono assolutamente da evitare, senza accertamenti diagnostici, tutte quelle terapie antiinfiammatorie che, conseguendo un'immediata quanto subdola remissione sintomatologica, conducono ad una sottovalutazione del problema sia da parte del medico che da parte del paziente.

4°- **In ogni caso di dubbio** è doveroso **approfondire la natura della lesione** con altri accertamenti o con l'invio del paziente ad un centro specializzato. **Di fronte ad un sospetto di CCO vi sono due strade** da percorrere:

A)- *Nella zona della lesione sospetta non si evidenzia alcun fattore irritante o traumatico* che possa giustificarla: il paziente va **immediatamente** inviato ad un **centro oncologico** (provinciale o nazionale) specializzato per il necessario accertamento diagnostico.

B)- *In prossimità della lesione sospetta è possibile identificare un'ipotetica causa traumatica* (una cuspidate tagliente, una corona fratturata, un'otturazione debordante ecc.) e si dovrà provvedere a rimuovere tale elemento traumatizzante, limando, lisciando, lucidando ecc. Se dopo 7 giorni (e non dopo 1 o 2 mesi) la lesione è regredita con chiari segni di miglioramento, è utile attendere qualche giorno ancora per osservare l'evoluzione e per accertarsi della completa guarigione. Quando invece dopo una settimana di opportune terapie non si ottengono risultati significativi, il paziente va immediatamente indirizzato ad un Centro Oncologico Specialistico per gli accertamenti del caso.



PICCOLO CARCINOMA DEL LABBRIO INFERIORE



CARCINOMA ESTESO DEL LABBRIO INFERIORE



CARCINOMA DELLA LINGUA

5°- E' bene evitare di praticare **biopsie** in centri non attrezzati perché un'escissione non radicale potrebbe solo peggiorare la situazione, favorendo la disseminazione di cellule tumorali, ed il mancato accordo con l'anatomopatologo potrebbe portare conseguentemente ad un'attesa di referto troppo lunga. Nel centro specializzato la biopsia escissionale sarà completa e priva di rischi per eventuali recidive ed il tempo di attesa dell'esame istologico sarà pertanto tollerabile perché non implica riserve terapeutiche inadeguate.

6°- E' bene fornire al paziente una **lettera di accompagnamento** che illustri le cautele da seguire, le indicazioni terapeutiche e gli indirizzi dei centri specializzati.

L'attenta e scrupolosa **attività dell'odontoiatra**, tesa a prevenire il **controllo della salute dei pazienti a rischio di LPMO e CCO** e/o a migliorare la **qualità della vita** di quei pazienti

colpiti da CCO, non può che essere il più alto livello di impegno nel complesso servizio che tutti i giorni siamo chiamati a fornire alla Società civile. "Chi salva una vita, salva il mondo intero!" (dal film Schindler List).



**Il Consiglio di Stato con l'ordinanza emessa proprio in questi giorni ha confermato le tesi che ANDI, attraverso l'impegno del proprio Ufficio Legale, aveva già fatto prevalere con i giudici del TAR. Resta pertanto revocata l'autorizzazione all'Università portoghese Pessoa ad aprire una filiazione in Italia.**

Nelle scorse settimane ANDI aveva rinnovato l'incarico al proprio Ufficio Legale per opporsi, anche in Consiglio di Stato, alle ragioni dell'Università Pessoa, che avrebbe aperto, già dall'anno accademico 2012 - 2013, un Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria con 250 iscritti italiani.

Questo fatto avrebbe determinato l'annienta-

## Vittoria anche in Consiglio di Stato su Università Pessoa

mento del sistema di accesso programmato alle Università, aumentando notevolmente la pletera professionale, senza per altro alcuna garanzia sulla qualità della formazione offerta. ANDI è stata anche al fianco degli studenti del corso di laurea partecipando, con impegno diretto, alla raccolta delle firme per la petizione contro l'apertura.

"E' un'altra definitiva vittoria del nostro sindacato - commenta il Presidente Nazionale Dott. Gianfranco Prada - che blocca il business della formazione in odontoiatria e ne tutela la qualità, ottenuta grazie alla sinergia con tutte le componenti del mondo odontoiatrico".

La Segreteria di Presidenza - Andi



## I Dentisti ANDI contro l'evasione fiscale

La Segreteria di Presidenza.

A seguito dei recenti fatti di cronaca, Vi trasmettiamo qui di seguito il Comunicato Stampa diffuso dall'Associazione in difesa della professione e contro l'evasione fiscale.

### COMUNICATO STAMPA I DENTISTI ANDI CONTRO L'EVASIONE FISCALE

**"Ci costituiamo come parte lesa nei confronti del professionista romano denunciato per evasione fiscale".** A dichiararlo è Gianfranco Prada presidente dell'ANDI il più rappresentativo sindacato dei dentisti italiani, con oltre 23.000 Soci.

Il medico romano denunciato per l'evasione di otto milioni di euro **non risulta nemmeno iscritto all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine di Roma e quindi esercita in modo irregolare la professione di dentista.**

*"La vicenda che ha trovato spazio nelle cronache di questi giorni, continua il Presidente ANDI, non fa altro che penalizzare l'immagine della nostra professione fomentando il luogo comune del dentista evasore che non trova riscontri in nessun dato certo.*

*Infatti sulla base dei numeri ufficiali diffusi nei giorni scorsi dall'Agenzia delle Entrate, i dentisti con i loro 129.400 euro di fatturato medio (dati dell'anno 2010) sono, dopo i notai, i liberi professionisti che denunciano di più: quasi il doppio dei colleghi medici, il triplo di quanto denuncia mediamente un architetto.*

**Combattere l'evasione fiscale è anche negli interessi della nostra categoria, chi lavora in nero non solo fa concorrenza sleale nei confronti dei dentisti onesti potendo applicare tariffe più basse ma spesso offre prodotti scadenti ai propri pazienti essendo costretto a comprare materiali non fatturati e quindi senza la garanzia delle necessarie certificazioni di qualità.**

**Per questo da anni chiediamo che il Parlamento consenta la piena deduzione fiscale della parcella del dentista cosa che permetterebbe un concreto risparmio ai cittadini, permettendo di effettuare quelle cure che oggi la crisi economica e l'assenza di una offerta pubblica, e non il costo delle nostre prestazioni, gli impediscono".**



## PROPOSTA SNAMI PER LA RIORGANIZZAZIONE ED INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

Dott. Marcello Ronconi - Presidente SNAMI regione Umbria

Il Comitato centrale e Consiglio nazionale del Sindacato nazionale autonomo medici italiani, riuniti a Trapani il 1 e 2 giugno 2012, in considerazione che le sperimentazioni relative alle Unità complesse di cure primarie (UCCP) operative sul territorio nazionale non hanno evidenziato alcun significativo vantaggio sulla spesa, sulla prescrizione e soprattutto sull'assistenza sanitaria ai cittadini e che modelli sanitari che aumentano incondizionatamente l'offerta dilatano la domanda e di conseguenza i costi, hanno elaborato la proposta Snami per la riorganizzazione ed integrazione ospedale-territorio.

- 1) Deve rimanere il rapporto duale tra il Medico ed il cittadino che lo ha liberamente scelto.
- 2) Qualsiasi cambiamento deve essere preceduto da una reale fase di sperimentazione in cui il MMG dovrà essere parte attiva ed in cui gli indicatori di processo e di risultato devono essere concordati, monitorati e valutati con le organizzazioni sindacali.
- 3) Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) nella futura convenzione non dovranno prevedere l'aggregazione forzata ed un numero minimo di partecipanti.
- 4) Dovrà essere perfezionata la comunicazione in rete tra gli attori medici accreditati. Devono viaggiare non le persone ma i dati secondo modalità concordate con le organizzazioni sindacali. La rete non deve avere oneri a carico del medico e i programmi gestionali devono poter colloquiare tra loro.
- 5) Rafforzare e rimodulare, perchè largamente disattese, le norme che governano le corsie preferenziali per i vari gradi dell'urgenza di esami di laboratorio, strumentali e consulenze specialistiche.
- 7) Curare e pubblicizzare il corretto utilizzo

dei servizi sanitari (educazione al cittadino).

- 8) Lo Snami propone progetti pilota che:
  - a) devono essere sperimentati seriamente prima di andare a regime.
  - b) prevedano la partecipazione volontaria dei Medici.
  - c) siano adeguatamente finanziati e i Medici devono essere retribuiti per la loro opera professionale.

### Progetto ambulatori distrettuali

- Apertura di ambulatori distrettuali in locali di proprietà della Asl, al di fuori degli ospedali. Orario di apertura ore 8-20 7 giorni su 7. La gestione su base volontaristica è affidata ai Medici di Medicina Generale (Assistenza primaria e Continuità assistenziale).
- Il pagamento del personale medico deve essere secondo tariffa oraria, modulata sui turni. Il personale amministrativo ed infermieristico è fornito dalla asl, così come l'arredo strumentale ed i supporti informatici.
- Il bacino di utenza deve essere per definizione maggiore delle medicine di gruppo o delle aggregazioni funzionali territoriali esistenti ed è modulato secondo le caratteristiche del territorio.
- Le prestazioni offerte sono le stesse previste dal vigente ACN con particolare attenzione alla intercettazione di codici bianchi e verdi del territorio. Disponibilità del personale medico ad aderire a nuovi progetti aziendali, con obiettivi e finanziamenti concordati e dedicati.

### Progetto continuità assistenziale.

La Continuità assistenziale può integrarsi

con la Medicina di famiglia per intercettare durante le ore diurne i codici bianchi e verdi rafforzando il filtro del territorio anche per evitare accessi impropri al pronto soccorso. La retribuzione è a quota orario e deve essere garantito in rete l'accesso ai dati.

Progetto emergenza territoriale.

L'emergenza pre-ospedaliera deve diventare attraverso un processo di progettazione, implementazione, organizzazione, rimodulazione e gestione delle attività, una struttura

capace su tutto il territorio nazionale di interventi efficaci, congiunti ed integrati anche per evitare accessi impropri al pronto soccorso.

Si potrà avvalere di micro strutture come: a) Punti di Primo Intervento (P.P.I.), b) Presidi Territoriali di Emergenza (P.T.E.), c) Mezzo Mobile Avanzato (MSA) con standard minimi di attuazione e che tengano conto del numero di abitanti, delle condizioni geografiche e di viabilità del territorio.



## RIDUZIONE DELLE RISORSE IN SANITA' E RISCHIO DI IMPOVERIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

*SUMAI Perugia*

Preoccupante quello che si è verificato di recente nella attuale ASL n.3 foligno-spoleto con la cancellazione di n.50 ore di Specialistica Ambulatoriale, branca Odontoiatria, regolarmente pubblicate a Settembre 2011.

Le recenti manovre del governo Monti tendente alla riduzione della spesa pubblica, vanno indubbiamente ad incidere in modo serio sull'organizzazione attuale del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. L'Umbria pur essendo considerata una Regione "virtuosa" in tema di equilibrio di bilancio sanitario, non è esclusa da questi tagli cosiddetti lineari che si stanno realizzando.

Il SUMAI già da qualche tempo ha notato da parte delle attuali Aziende Sanitarie dell'Umbria una frenata sulle politiche sanitarie territoriali; la decisione dell'ASL 3 è da considerarsi paradigmatica di quello che potrebbe accadere nei prossimi mesi sulla riorganizzazione della Medicina del Territorio: meno Servizi e quelli presenti con minori risorse umane e tecnologiche. E questo nonostante da molto tempo la riorganizzazione e il potenziamento dei servizi ambulatoriali territoriali siano stati indicati come la via ottimale per l'assistenza sanitaria e il contenimento della spesa.

Se questa dovesse essere la strada della Sanità prossima futura noi come Specialisti Ambulatoriali opporremo tutte le nostre ragioni a difesa di un Sistema Sanitario che rimanga dignitoso ed universalistico; se necessario chiederemo il coinvolgimento delle Associazioni dei cittadini e malati per impedire un sottile e strisciante impoverimento e decadimento dei Servizi Territoriali nella nostra Regione.



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

# AVVISO AGLI ISCRITTI

Home   Eventi   Dove trovarci   Contatti   Links   Ricerca nell'albo   Ricerca anagrafica FNOMCeO

## 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.

La circolare, firmata dal Ministro Brunetta e dal Ministro Sacconi contiene elementi di grande interesse per tutti noi medici di famiglia.

# ORARI DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

## ORARIO INVERNALE

**Lunedì - Mercoledì - Venerdì: 10.00 / 16.00**

**Martedì - Giovedì: 9.30 / 13.30**

**Sabato: 9.00 / 12.00**

## ORARIO ESTIVO (Luglio - Agosto)

**Dal Lunedì al Venerdì: 9.30 / 13.30**

**Sabato: 9.00 / 12.00**

## Chiusura completa dal 13 al 18 agosto 2012

Nome utente

Password dimenticata?  
Nome utente dimenticato?

Registrati

Elenco medici per  
sostituzioni

Concorsi Pubblici

Graduatorie

Bollettino on-line

Bollettino on-line

Gallery

Le foto dell'ordine

Federazione Nazionale  
Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri  
Piazza Cola di Rienzo 80/A  
00192 Roma  
Tel.06/362031  
Fax 06/322794  
e-mail:  
segreteria@fnomceo.it

Ordine dei Medici Chirurghi e  
Odontoiatri di Perugia  
Via Settevalli 131