



# Bollettino <sup>03</sup> 2012

**ORDINE DEI MEDICI**  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - ANNO XLVIII - 3/2012



## i n d i c e

I muri del pianto

pagina 3

La lunga estate calda

pagina 6

Intervista al prof. Giancarlo Agnelli

pagina 13

Come la mente modifica il cervello: l'esempio del placebo

pagina 21

Centro Odontostomatologico Universitario

pagina 26

# BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA Anno XLVIII - 3/10/2012

## Sommario

I MURI DEL PIANTO	3
Sisma 2012: un gesto di solidarietà	5
LA LUNGA ESTATE CALDA	6
COLPITO E AFFONDATO	8
Sospendo l'attività di chirurgo ortopedico	10
FNOMCeO dice no alla conflittualità	12
Intervista al Prof. Giancarlo Agnelli	13
Caso Taranto, una riflessione tra gli epidemiologi umbri	16
Congresso Europeo di Medicina Integrata	17
Novità in ortopedia e traumatologia	18
Equità ai tempi della crisi	19
Come la mente modifica il cervello: l'esempio del placebo	21
E B M e Medicina Difensiva	24
AMVA	25
Centro Odontostomatologico Universitario	26
Esercizio abusivo della professione di Odontoiatra	30
Comunicazione n. 76	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)



## I MURI DEL PIANTO

Dott. Tiziano Scarponi

E' da diverso tempo che mi mette ansia dover incontrar colleghi, siano essi medici di medicina generale, ospedalieri, funzionari di asl o liberi professionisti, in quanto oramai sono tutti accomunati da un unico comportamento ed atteggiamento: il piagnisteo. Questo interessa in maniera trasversale ogni categoria medica, non risparmia nessun'età, non ha preferenza fra maschi o femmine, fra realtà rurale o urbana o di posizione gerarchica.

Si lagna il primario, lo specializzando, il massimalista, il generalista con pochi "mutuati" ..tutti, tanto è vero che forzando la storia ho preferito parlare di muri e non di muro del pianto, in quanto idealmente ogni categoria ne ha uno. Interessante, poi, è il poter leggere i vari biglietti che vengono inseriti nelle fessure del muro con le preghiere, le richieste e i desideri. Mi risulta che a Gerusalemme, la raccolta di tali missive avvenga due volte l'anno, ma noi lo facciamo quando vogliamo, altrimenti come possiamo avere il polso della situazione? Ma quanti...! Ci vorrebbe una vita per leggerli tutti. Prendiamone pertanto qualcuno a caso.

"Onnipotente, sono un medico di medicina generale massimalista da sempre. Sono quasi arrivato alla tanta agognata pensione, ma purtroppo qualcuno sostiene che corro il rischio di non poterla riscuotere. E' da molto tempo che sono costretto a lavorare con un "computer" e a far parte di una medicina di gruppo con altri tre colleghi che non sopporto. Devo ricettare con parsimonia e non so mai quello che il farma-

cista dispenserà al mio paziente con la mia prescrizione. Devo tener conto delle linee guida, dei processi di cura e fare l'audit, che è una specie di pubblica confessione con ammissione dei propri peccati, per migliorare la mia qualità professionale. Devo mediare le pretese dei pazienti, la saccenteria degli specialisti, gli umori del terminalista CUP. Devo preoccuparmi dell'Agenzia delle Entrate, del NAS, della privacy . Insomma è diventato un inferno, ogni mattina quando mi sveglio prego che arrivi presto la sera..."

"O mio Dio, sono un aiuto"ospedaliero da più di trenta anni. Non ho mai voluto tessere di partiti politici e pertanto sono diventati primari colleghi molto più giovani e molto meno capaci di me. Lavoro con dei ritmi assurdi perché fra raccomandati, colleghe in perenne gravidanza e colleghi con distacco sindacale il servizio sarebbe sempre scoperto. Gli infermieri pretendono di dettar legge, gli amministratori pensano solo a risparmiare, i medici di base ci subissano di prestazioni inutili perché sono buoni solo a scrivere e a far soldi, i pazienti sono sempre più esigenti e pronti a denunciarti per ogni sciocchezza mi viene la nausea appena arrivo a un paio di chilometri dall'ospedale".

Se procediamo, con la lettura di questi biglietti, vediamo che sono tutti dello stesso tenore: rimpianto per un ipotetico periodo dell'oro oramai passato, insoddisfazione per il presente, timore per il futuro, insomma, c'è di che fuggire o peggio di suicidarsi. Gli unici che ridono sono quei pochi medici pensionati che fra libera professione pura o loro riciclaggio in commissioni invalidi,

direzioni sanitarie o consulenze per enti pubblici o strutture private, in barba a tutte le incompatibilità e la disoccupazione dei giovani, riescono ad arrotondare forse in maniera cospicua, anche se dicono che lo fanno per non "arrugginirsi".

E' giustificato questo piagnisteo e lamento cosmico? Probabilmente ha molte buone ragioni.

Non sono senz'altro all'altezza di fare un'analisi scientifica sul perché e sul come la nostra professione sia giunta a questo punto di sofferenza, ma tanto per iniziare è sotto gli occhi di tutti dove sia arrivata l'arroganza da rivalsa per l'ipotetica malasantità. Va da sé che l'aumentato livello di scolarizzazione della società, la facilità di accesso all'informazione, la possibilità di fare il confronto con i servizi sanitari stranieri hanno reso meno autorevole la nostra figura rispetto al passato. La globalizzazione, l'innalzamento della vita media, l'aumento della patologia cronica ma soprattutto la diminuzione delle risorse ha poi contribuito e contribuisce in maniera determinante a modificare la nostra attività, il nostro ruolo, noi stessi. Che fare? Penso che sia proprio impossibile avere ricette pronte e sicure, pertanto mi limiterò a fare qualche considerazione di ordine generale ed ipotesi sul metodo.

Voglio evitare di proposito di parlare delle responsabilità della politica e degli amministratori.

La demagogia, la superficialità e il clientelismo sono sotto gli occhi di tutti. Quante scelte secondo la logica del tornaconto personale al posto di quella del buon padre di famiglia? Quante situazioni da violazione di norme sia da codice civile e penale? Qui possiamo reagire con il voto, con la denuncia all'autorità giudiziaria se in possesso di prove, ma dove possiamo agire da attori protagonisti? Dove possiamo essere catalizzatori di un rinnovamento invece di perderci ed esaurirci nel piagnisteo e nel rimpianto se non operando nella nostra possibilità di azione, lavorando nel nostro versante?

La revisione della spesa pubblica in corso

da parte del governo Monti con tagli ed innovazioni sta determinando di fatto un razionamento e concordo con Cartabellotta quando nel "Sole 24 ore" del 10-16 luglio scrive *"nel processo di spending review è inevitabile e indispensabile il coinvolgimento dei medici che non possono più lamentarsi di tagli indiscriminati se non collaborano con la loro professionalità a individuare e a contenere gli sprechi evitabili"*. L'articolo prosegue con la necessità di un cambio di paradigma: dall'etica del razionamento all'etica della riduzione degli sprechi, intendendo con questo concetto la reale possibilità che tutti i tagli di risorse in sanità potrebbero essere evitati se i medici operassero secondo i principi rigorosi della Medicina basta sull'Evidenza: ".... Oggi il dibattito etico si può risolvere solo identificando come sprechi tutti i costi sostenuti per interventi sanitari inefficaci e/o inappropriati che, oltre a non determinare alcun beneficio, spesso causano eventi avversi che generano altri costi. Infatti, le evidenze scientifiche dimostrano che questi sprechi incidono almeno per il 30%...".

Sarà sufficiente lavorare sotto i principi dell'EBM per evitare il razionamento che tanta infelicità ci procura? Ho i miei dubbi. A mio giudizio dovremo ulteriormente rimboccarci le maniche e cambiare molti altri modelli culturali di riferimento. Concetti come sviluppare la resilienza che ho affrontato nell'editoriale del bollettino precedente, potenziare la prevenzione individuale attraverso il *counselling* ed il colloquio motivazionale per un intervento sugli stili di vita e realizzare un *empowerment* del paziente cronico dovranno costituire il nostro agire quotidiano. Per *empowerment* s'intende un'azione mutuata dalla psicologia: portare il malato a una responsabilizzazione individuale che lo renda in grado di organizzarsi e gestirsi secondo il proprio potenziale umano. Come sarà possibile, però, per noi abituati a ragionare quasi esclusivamente in modo riduzionista, vale a dire basandosi sullo studio analitico delle parti, riuscire in questo nuovo modo di gestire la propria

professione? Come riusciremo a passare ad un approccio di tipo sistemico tenendo conto non più del singolo oggetto, ma delle sue relazioni, del suo contesto di interconnessioni per cui ci dovremo interessare non più di un corpo biologico, ma di una persona con tutti i suoi aspetti biologici, mentali, sociali e culturali perché le risposte di questa persona dipendono da tutti questi aspetti messi insieme, mai disgiunti fra loro. Si tratterà pertanto di un approccio multidimensionale dove dovremo lavorare insieme agli altri operatori della salute, collaborare e fa-

vorire lo scambio di informazioni, lavorare insomma in maniera integrata.

Processi assistenziali, percorsi diagnostici e terapeutici basati non solo sulle migliori evidenze scientifiche, ma che sappiano inserirsi nei diversi contesti per arrivare all'obiettivo di una presa in carico reale e sistemica. Tutto questo richiede multidisciplinarietà, punti di contatto intellettuale e culturale ed un continuo dialogo fra scienze tecniche, umanistiche e sociali.

Allora colleghi, asciugiamoci gli occhi, soffiandoci il naso e diventiamo propositivi.



## Sisma 2012: un gesto di solidarietà

Ai Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri d'Italia

Caro Presidente

il recente sisma che ha interessato le nostre terre ha causato, come ti è noto, ingenti danni. Sono di fatto inagibili molte abitazioni e molti studi professionali dei nostri colleghi che esercitano la loro professione in quella vasta area conosciuta come "Bassa Modenese".

Fin dall'inizio l'Ordine di Modena si è fatto promotore di numerose iniziative di sostegno ai colleghi così duramente colpiti. La stessa Federazione Nazionale ha promosso la raccolta di fondi in analogia con quanto accaduto per il terremoto de L'Aquila. L'ENPAM poi è intervenuta in tempi rapidi con significativi interventi di sostegno.

Abbiamo ritenuto opportuno dedicare un numero speciale del nostro Bollettino all'evento sismico raccogliendo testimonianze di quanti hanno vissuto quei particolari momenti e corredando i testi con le fotografie che abbiamo ritenuto più significative.

Il Consiglio dell'Ordine di Modena ha deciso pertanto di inviare una copia di questo Bollettino "speciale" personalmente ai Presidenti degli Ordini con l'obiettivo di fornire una ulteriore testimonianza dell'accaduto e di sensibilizzarli sul tema della solidarietà ai nostri colleghi più sfortunati.

Nel ringraziarti fin da ora per l'attenzione con la quale leggerai questo nostro contributo ti saluto cordialmente.

Luglio 2012

Il presidente  
Dott. N. D'Autilia

Memo:

per donazioni Istituzionali (Ordini) per donazioni personali e liberali  
cod. IBAN IT1010623003202000056920507 Agenzia di Roma n. 1 CARIPARMA  
cod. IBAN IT2250623003202000056923436 Agenzia di Roma 1 CARIPARMA

*Il consiglio dell'Ordine ha deliberato di donare la somma che annualmente viene devoluta per iniziative di beneficenza in memoria dei colleghi deceduti (in luogo delle somme previste in bilancio per onoranze funebri)*



## LA LUNGA ESTATE CALDA

*Dott. Graziano Conti*

È il titolo di un famoso film del 1958 con Paul Newman, Orson Welles e Joanne Woodward, ma è anche quella che abbiamo passato quest'anno e che forse a qualcuno può aver provocato dei colpi di calore. Mi riferisco alle scelte legislative ferragostane che hanno riguardato la nostra categoria. Alcune francamente singolari, altre che, anche se innovative e con qualche spunto positivo, sono state francamente presentate in maniera pessima.

In ordine di tempo la prima è stata quella sulla ricetta per principio attivo. Norma alla fine così chiara che il comma 11 bis dell'art. 15 del decreto 95/2012, emanato il 6 luglio e convertito in legge il 7 agosto, ha avuto necessità di vari chiarimenti ministeriali, l'ultimo dei quali (per ora) del 24 settembre 2012 (di appena tre pagine) per la sua pratica attuazione. Per i medici, soprattutto per quelli di Medicina Generale, che redigono la maggior parte delle ricette il problema è di relativa facile soluzione, basta una piccola modifica al programma del PC. Per i cittadini che ricevono dalle farmacie prodotti contenenti lo stesso principio attivo ma di varie ditte e in confezioni e/o formulazioni diverse e a cui viene detto "tanto sono uguali" la soluzione non è altrettanto facile e la confusione tanta. Senza ripetere che i farmaci generici sono sì equivalenti, ma non sono "uguali".

Se l'idea era quella del risparmio, non vedo quale sia il vantaggio per il SSN. Già in precedenza, indipendentemente da quello che era scritto in ricetta, veniva comunque rimborsato il farmaco al prezzo più basso ed il cittadino pagava di tasca propria la differenza. Qualcuno sostiene che l'eventuale ulteriore risparmio potrebbe

essere dato dal fatto che, incrementando il ricorso al mercato del generico, i prezzi potrebbero ulteriormente scendere. Mi limito ad osservare che, comunque, ci riferiamo ad una voce che, nel bilancio del SSN, incide per un 13%. Come ho avuto modo di ripetere tante volte forse sarebbe ora che si usasse altrettanta attenzione per l'altro 87%.

Certamente la cosa che ha suscitato più clamore e commenti è il decreto pubblicato in gazzetta il 13 settembre 2012 quello, per capirci, dell'H24.

Ricordava recentemente il Presidente della FNOMCeO la frase famosa di un direttore di giornale che diceva: "Speriamo che la VERITA' non oscuri la NOTIZIA". Ecco quello dell'H24 è uno di questi casi.

A parte la finalità di decongestionare gli ospedali, che non ci sarà perché i cittadini vanno al Pronto Soccorso per evitare le file, ottenere esami in tempi brevi e risparmiare il ticket, si sarebbe potuto dire che era in programma una nuova forma di assistenza con lo scopo di mettere in rete medici e strutture in determinate circoscrizioni territoriali sperimentando nuove forme di aggregazione, in modo di offrire un servizio quanto più possibile integrato fra le varie figure e strutture (Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dei servizi, specialisti ambulatoriali, centri di salute, distretti sanitari) che già da oggi garantiscono comunque una continuità dell'assistenza 24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana.

Si è scelta la NOTIZIA e tutti i giornali hanno titolato sugli ambulatori aperti 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana, non citando neppure quello che di positivo ci potrebbe



essere in una diversa organizzazione del lavoro e che è in qualche modo presente nel decreto, laddove si parla della condivisione, in forma strutturata, di obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi e dell'accesso al ruolo unico del medico di medicina generale convenzionato con il SSN.

Lo stesso ministro Balduzzi, si può leggere nel sito del Ministero della Salute, *“si è detto assolutamente soddisfatto del decreto approvato in Cdm, che sottrae la sanità dalle “influenze della cattiva politica”, introducendo più trasparenza e merito nelle nomine di manager e primari e presenta novità importanti nell’assistenza pubblica come la riorganizzazione della medicina del territorio “24 ore su 24, sette giorni su sette”.*

Nei blog di alcuni giornali nazionali di grande tiratura si poteva così leggere la nota dell’abitante di un paesino di montagna di una cinquantina di anime che vedeva la soluzione al suo problema, dato che da loro il medico andava solo due volte alla settimana per un paio d’ore, come se fosse possibile assicurare, anche in quelle realtà l’H24. Perché di un altro aspetto si è parlato poco: i finanziamenti.

Dice infatti il decreto che occorre *“disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi”* di queste forme organizzative. Ma come?

Finora le incentivazioni per certi servizi aggiuntivi previste dall’A.C.N. sono corrisposte unitamente alla quota capitaria quindi finalizzate (personale, strumentazioni, forma associative) ma con un tetto legato al numero degli assistiti che certamente non favorisce medici ad inizio carriera e con poche scelte. Domani per queste dotazioni *“strutturali e strumentali”* che dovranno necessariamente

essere aperte a tutti occorrerà prevedere una spesa in conto capitale. Non mi pare il momento ideale, a meno che non vi sia una effettiva riconversione della spesa verso il territorio mentre, se non erro, la nostra Regione medita di costruire nuovi ospedali. Non ho mai avuto eccessivo entusiasmo per i ministri “tecnici” intendendo per tecnici delle figure del mestiere. Nella migliore delle ipotesi sono solo espressione di una parte. In effetti non mi pare di ricordare che i nostri colleghi De Lorenzo, Veronesi, Sirchia, Guzzanti, Fazio abbiano fatto cose particolarmente significative o memorabili, anzi se alcuni di loro qualche volta hanno fatto cose eclatanti, purtroppo erano da codice penale. Ho sempre pensato che se alla sanità/salute occorreva un medico, allora alle poste ci sarebbe voluto un postino, ai trasporti un ferroviere e alle finanze un finanziere. E questo poteva andare bene quando i ruoli erano riconoscibili, perché quando la politica “creativa” ha inventato ministeri come quello per l’attuazione del programma o quello per gli italiani all’estero, sarebbe stato difficile individuare le professionalità necessarie.

A parte queste digressioni ho comunque sperato che l’attuale governo potesse fare delle scelte significative e importanti anche nel nostro campo a tutela del servizio sanitario pubblico e dei cittadini.

Francamente non sono certamente queste o una spending review di tagli lineari.





## COLPITO E AFFONDATO

Dott. Graziano Conti

No, non si tratta della battaglia navale ma di uno dei punti qualificanti del decreto Balduzzi, concepito nell'intento di ridurre i costi (sempre) e di restituire (forse) ai medici un minimo di serenità nell'esercizio della loro professione.

Recita infatti il comma 1 dell'art. 3 del Decreto Legge che titola Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie: *"Fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente le professioni sanitarie il giudice, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale".* E commenta il ministro (dal sito Salute.gov.it): *Si regola la responsabilità professionale di chi esercita professioni sanitarie per contenere il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva" che determina la prescrizione di esami diagnostici inappropriati al solo scopo di evitare responsabilità civili, con gravi conseguenze sia sulla salute dei cittadini, sia sull'aumento delle liste di attesa e dei costi a carico delle aziende sanitarie. Nel valutare la responsabilità dei professionisti si terrà conto della circostanza che essi abbiano svolto la prestazione professionale secondo linee guida e buone pratiche elaborate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale".*

Purtroppo in materia del valore delle linee guida nella valutazione della responsabilità medica la Corte di Cassazione (e non è

la prima volta) la pensa diversamente. Una recente sentenza della Sezione Penale della Corte, la n. 35922 del 19 settembre 2012 ne dà la conferma.

Come scrive in DoctorNews del 1 ottobre 2012 l'avv. Grassini: ".....nell'esaminare il ricorso, la Corte di Cassazione penale ha affrontato ampiamente la tematica relativa al valore delle linee guida e alle conseguenze derivanti dalla loro eventuale violazione, delineando importanti principi di riferimento in relazione alla rilevanza processuale dei parametri di riferimento provenienti dalla società scientifica con la precisazione che la diligenza del medico non si misura esclusivamente attraverso la loro pedissequa osservanza.

Le linee guida non possono fornire indicazioni di valore assoluto ai fini dell'apprezzamento dell'eventuale responsabilità, sia per la libertà di cura che caratterizza l'attività del medico, sia perché, in taluni casi, la stesura delle stesse può essere influenzata da motivazioni legate al contenimento dei costi sanitari o perché sono obiettivamente controverse e non unanimemente condivise.

Il medico è sempre tenuto ad esercitare le proprie scelte considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione del paziente, nel rispetto della sua volontà, al di là delle regole cristallizzate nei protocolli medici.

La posizione di garanzia che assume nei confronti del paziente gli impone l'obbligo

di non rispettare quelle direttive laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura di quest'ultimo. Pertanto, non vi potrà essere esclusione da responsabilità per il fatto che siano state seguite linee guida se il medico non abbia compiuto colposamente la scelta che in concreto si rendeva necessaria. L'adesione del sanitario a tali parametri non elimina neanche la discrezionalità insita nel giudizio di colpa, per cui il giudice resta libero di valutare se le circostanze concrete esigessero una condotta diversa da quella prescritta nei protocolli “.

Certo se uno è ottimista e vede il bicchiere mezzo pieno potrebbe anche trarne qualche spunto positivo poiché la Suprema Corte stigmatizza l'operato del medico *“allorquando le linee guida asseritamente seguite siano obiettivamente ispirate a soddisfare solo esigenze di economia gestionale”* ma poi aggiunge *“ovvero allorquando queste si palesino obiettivamente vetuste, inattuali, financo controverse”*. Ma quale competenza hanno i giudici per stabilire quando sono vetuste, inattuali o controverse?

La Corte infine nelle conclusioni e nel tentativo di inquadrare dal punto di vista normativo le linee guida afferma inoltre che può certamente affermarsi che le stesse, pur rappresentando un importante ausilio scientifico, con il quale il medico è tenuto a confrontarsi, non eliminano l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche (l'arte medica, mancando per sua stessa natura di protocolli scientifici a base matematica ..

spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere oculatamente in relazione ad una cospicua serie di varianti che, legate al caso specifico, solo il medico, nella contingenza della terapia, può apprezzare). *“Questo concetto, di libertà nelle scelte terapeutiche del medico, è un valore che non può essere compromesso a nessun livello né disperso per nessuna ragione, pena la degradazione del medico a livello di semplice burocrate, con gravi rischi per la salute di tutti”*.

Tutto sommato belle parole e anche condivisibile queste ultime, ma intanto riemerge sulle reti televisive nazionali, pubbliche e private, la pubblicità di Obiettivo Risarcimento con un messaggio orientato ad affermare il principio che ogni esito indesiderato o presunto tale di una prestazione sanitaria possa essere considerato oggetto di una procedura risarcitoria, inducendo l'opinione pubblica a ritenere che, sempre e comunque, alla base di ogni evento impreveduto ci sia, o non si possa escludere, una colpa del medico e/o della struttura.

Altro che alleanza terapeutica o rapporto fiduciario medico-paziente o serenità da restituire ai professionisti.

Di questo passo, come è scritto in un comunicato della FNOMCeO, i professionisti saranno indotti a vedere nel paziente non solo una persona da assistere quanto piuttosto un soggetto potenzialmente ostile da cui difendersi.





## Sospendo l'attività di chirurgo ortopedico

Prof. Paolo della Torre

Le motivazioni che mi hanno indotto a questa decisione sono sostanzialmente da ricondurre a tre problemi: medico-legale, assicurativo ed economico-finanziario regionale.

### La malagiustizia blocca anche la buona sanità

Negli ultimi 20 anni il problema della responsabilità in campo medico per colpe professionali si è andato progressivamente ed inesorabilmente aggravando. Oggi il rischio, almeno per i chirurghi, di dover pagare risarcimenti a seguito di una causa civile o di dover subire procedimenti penali per lesioni o omicidio colposi è molto alto.

Circa 10 anni fa si lamentava la eccessiva frequenza di cause "temerarie" iniziate senza fondamento (e per questo si creò una Associazione per la tutela dei medici accusati ingiustamente: AMAMI) che poi venivano assolti in una rilevante percentuale.

Oggi esiste il problema di medici "condannati ingiustamente" con argomentazioni medico-legali o per valutazioni della magistratura, anche di Cassazione, non condivisibili e pericolose per tutti gli operatori sanitari e per la sanità tutta.

Il meccanismo della responsabilità professionale ha ormai superato il limite di rottura per la sostenibilità del sistema.

In sintesi oggi viviamo una realtà per cui un paziente insoddisfatto del risultato di una terapia chirurgica (quale che sia la causa) trova sempre qualcuno che lo definisce un insuccesso e questo poi diventa una colpa. Infatti così lo può interpretare un collega della stessa specialità (che male interpreta la competizione professionale), un medico-legale (incompetente e pronto a sostenere qualsiasi tesi secondo

la volontà del committente) o anche solo un avvocato (dei tanti oggi famelici ed organizzati). Viene quindi avviata una richiesta di risarcimento per danni patrimoniali, biologici, estetici, morali, ecc.

Ciò può essere motivato da una condotta professionale ritenuta incompetente o imprudente o negligente e comunque da attribuire a colpa. Ma anche quando questi presupposti manchino perché l'intervento era correttamente indicato, la condotta è stata chirurgicamente ineccepibile e sono state adottate tutte le misure prudenziali di prevenzione, se si verifica l'effetto collaterale, peraltro previsto come possibile, allora sarà imputata la "carenza di consenso" da parte del paziente a quella procedura.

Infatti la norma e le sentenze anche di Cassazione hanno precisato che il consenso per essere valido deve essere dato in forma scritta dopo che il paziente abbia ricevuto personalmente dall'operatore le necessarie informazioni tese ad ottenere un consenso che deve essere correttamente informato e cioè: specifico per il tipo di intervento, individuale per il singolo paziente, completo per le possibili complicanze ed insuccessi, fornisca informazioni su trattamenti alternativi per tipo o per sede in cui eseguirlo, chiarisca i vantaggi e gli svantaggi presunti del trattamento proposto, sia esposto in modo chiaro e adeguato al livello culturale del paziente ed infine che sia anche capito.

Essendo ciò di fatto impossibile l'esposizione al rischio di ricadere in un consenso non valido è costante ed inevitabile.

Quindi scatta la richiesta di risarcimento in **sede civile** per danni da lesioni (od omicidio) colposi.

Quando il medico riceve una richiesta di

risarcimento egli la deve notificare alla sua Compagnia di Assicurazione che spesso neanche risponde (sia che il ricorrente abbia fondati motivi, sia che la richiesta sia del tutto pretestuosa).

Dopo poco il presunto “danneggiante” (chirurgo) viene denunciato dal “danneggiato” in **sede penale** “per stimolare il civile” e qui si apre una vicenda dagli alti “costi sociali” e non solo. Infatti inizia per il chirurgo l’ onere delle prove: necessità di seguire e di trovare testimonianze, elaborare relazioni, esaminare le valutazioni del GIP (che neppure convoca il chirurgo per conoscere la sua versione), le relazioni del CTU, proporre relazioni di parte, consultare e nominare avvocati. Tutto ciò comporta incontri, visite collegiali, nomine di periti in difesa. Ciò determina sempre, a prescindere dalla fondatezza o meno della denuncia, danno economico, spese in difesa, tempo dedicato, immagine professionale compromessa presso la struttura in cui si opera o in città e senza naturalmente protezione assicurativa.

C’è poi sempre il rischio che dopo 5-7 anni di calvario si arrivi a sentenze a dir poco discutibili.

La lettura di molte recenti vicende medicolegali insegna infatti che le sentenze (anche di Cassazione civile o penale) sono ispirate a criteri ondivaghi ed imprevedibili per cui ritengo che se si è del tutto innocenti si ha un 50% di probabilità di essere condannati e se si è colpevoli si ha un 50% di probabilità di essere assolti o prescritti!

In sostanza siamo in presenza di un Sistema Giudiziario molto carente nelle leggi che lo regolano, nelle procedure (intollerabilmente lente) e carente talora anche negli uomini che dovrebbero ricercare la verità e la imparzialità: magistrati inquirenti e giudicanti, avvocati, medico-legali, specialisti consulenti dei precedenti.

Ciò comporta conseguenze che già sono e saranno gravissime con il diffondersi, comprensibile, della medicina difensiva (costosissima per i pazienti e per il SSN) ed astensionistica per cui ci si astiene da operare i casi più a rischio (con enorme danno individuale e dell’insieme della comunità malata, cioè potenzial-

mente di tutti noi) ed ora anche “rinunciataria” con abbandono della professione, almeno quella più rischiosa, anche da parte di esperti chirurghi.

Non c’è più quindi, in Italia, solo la “fuga di giovani cervelli”, ma anche la “fuga di esperti professionisti” che possono e vogliono dedicarsi ad altro.

Le conseguenze di ciò mi sembrano evidenti e non meritano commenti, ma semmai indignazione e reazione in chiunque abbia a cuore questo paese.

In pratica la malagiustizia sta bloccando anche la buona sanità!

### **Aspetti Assicurativi**

E’ chiaro che oggi, per quanto su esposto, sia in pratica molto consigliabile (anche se non obbligatorio) avere una copertura assicurativa per la responsabilità civile del medico. Ma, essendo a dismisura aumentato il rischio e la entità dei risarcimenti, poche Compagnie si dedicano a tale ramo e quelle che lo fanno aumentano ogni anno i loro premi attraverso la tecnica della disdetta (anche in assenza di pregresse condanne a risarcimento).

Oggi il premio annuo richiesto ad un chirurgo ortopedico oscilla tra 5 e 10000€ secondo il massimale ed altre clausole.

### **Aspetti economico-finanziari regionali**

Quest’anno per la prima volta, all’inizio di agosto 2012 alcune ASL umbre hanno esaurito il loro budget destinato alla attività di chirurgia ortopedica per le Case di Cura umbre accreditate, presso cui lavoro, con il risultato che pazienti ad indicazione chirurgica di quelle ASL potrei operarli a carico del SSN solo da gennaio 2012.

Non rimane che: a) differenziare i pazienti secondo la ASL di residenza (per es.: se sei di Todì ti posso operare, se sei di Città di Castello ti devo rinviare a gennaio 2013 ecc); b) operare in regime privatistico (a carico del paziente); c) operare tali pazienti in una struttura accreditata fuori regione (ove, per ora, non esiste limite al budget).

Le mie consolidate scelte professionali, umane ed etiche mi impediscono, oggi come sempre, di praticare alcuna di queste possibili alternative.

E' evidente come, a causa in tutto ciò, si sia determinata una rottura dell' equilibrio rischio-beneficio con la inevitabile conseguenza che questo lavoro sia oggi, qui, per me, non solo rischioso, ma di fatto impraticabile.

E' possibile (ma non probabile) che inter-

venti legislativi e normativi nazionali o regionali modifichino questo stato di cose, ma intanto ho deciso che dal 1 settembre 2012 sospendere l'attività chirurgica.

Proseguirò, l'attività di consulente e quella di diagnosi e terapia non chirurgica.



Federazione Nazionale  
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

## Comunicato Stampa del 30 agosto 2012

Iniziative pubblicitarie in televisione contrappongono medici e pazienti:  
la FNOMCeO dice no alla conflittualità

*“Come già segnalato nel recente passato al Ministero della Salute, al Presidente della Rai, all’Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato, al Comando dei NAS, il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri è molto preoccupato per il proliferare di iniziative, anche mediatiche, che hanno il chiaro scopo di incrementare a dismisura il contenzioso in ambito sanitario, inducendo l’opinione pubblica a ritenere che, sempre e comunque, alla base di ogni evento impreveduto ci sia, o non si possa escludere, una colpa del medico e/o della struttura sanitaria verso cui esercitare azione di risarcimento.”* Queste parole, piene di preoccupazione professionale e istituzionale, sono il centro di una lettera che il Comitato centrale della **FNOMCeO** ha inviato al ministro **Balduzzi**, al senatore **Tomassini**, all’onorevole **Palagiano**, nonché ai vertici **Rai**, a Sergio **Zavoli** e alle dirigenze dei maggiori canali televisivi italiani. Oggetto della lettera è il ritorno della programmazione pubblicitaria degli spot Obiettivo Risarcimento, tendenti a *“promuovere la conflittualità tra pazienti e medici/strutture sanitarie”*. Negli spot, sottolinea la **FNOMCeO**, si sostiene implicitamente una deriva culturale e sociale che *“minaccia ed erode il rapporto fiduciario medico-paziente disorientando i professionisti che sono, in tal modo, indotti a vedere nel paziente non solo una persona da assistere quanto piuttosto un soggetto potenzialmente ostile da cui difendersi”*. Già nello scorso settembre la Federazione era intervenuta su questo tema (diffondendo la propria posizione sotto il tema *“No al discount di una falsa sanità”*), inviando il proprio parere alle autorità competenti, compreso il **Ministero di Grazia e Giustizia** e all’**Antitrust**. Oggi la situazione si ripete con il ritorno dello spot pubblicitario indicato, nuovamente preoccupante in quanto capace di creare *“insicurezza nel professionista e mette in crisi la libertà e l’indipendenza di giudizi cui deve ispirarsi l’esercizio professionale del medico, con costi diretti ed indiretti rilevanti ed insopportabili per il sistema sanitario nazionale”*. La lettera del **Comitato Centrale** della FNOMCeO termina con un invito alle autorità e ai media a riflettere su ciò che si muove *“dietro”* al business del contenzioso: *“Non possiamo dimenticare, del resto, che sul contenzioso sanitario si muovono interessi enormi nella misura in cui si muove moltissimo denaro, con il rischio però, secondo il modello americano, di guardare più al ristoro degli apparati di contenzioso che alle vittime del danno, con le note ricadute sui costi della sanità e sulle deficienze di equità di accesso alle tutele”*.



## Intervista al Prof. Giancarlo Agnelli

Prof. Fausto Santeusano



Alcuni mesi or sono è apparso sulla rivista *New England Journal of Medicine* un importante articolo sull'impiego di una nuova eparina a basso peso molecolare per la tromboprofilassi in pazienti in trattamento chemioterapico a causa di una malattia neoplastica (**G. Agnelli et al.: Semuloparin for thromboprophylaxis in Patients Reiving Chemotherapy for Cancer. *New Engl J Med*, 366, 601-609, 2012**). Si tratta di uno studio multicentrico internazionale che ha avuto grande risonanza, coordinato dal prof. Giancarlo Agnelli, Professore Ordinario e Direttore della Divisione di Medicina Interna e Cardiovascolare dell'Università e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Per la rilevanza dello studio, che peraltro dà prestigio alla nostra sede, abbiamo chiesto al prof. Agnelli di illustrarci le caratteristiche dello studio e l'importanza sul piano clinico dei risultati ottenuti.

**Prof. Agnelli, abbiamo letto con interesse i risultati dello studio *Save-Onco* pubblicati recentemente sul *New England Journal of Medicine*. Può illustrarci la problematica clinica che viene affrontata in questo studio?**

Lo studio affronta una problematica clinica emergente: la prevenzione delle complicanze

tromboemboliche venose nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia. Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare sono molto frequenti nei pazienti oncologici. Infatti, tra il 10% ed il 20% di questi pazienti presenta un episodio di tromboembolismo venoso prima o dopo la diagnosi di neoplasia. Attualmente il 20% degli episodi di trombosi venosa profonda osservati negli ambulatori di diagnostica vascolare si verificano in pazienti neoplastici.

**Quali sono i motivi di questa associazione clinica?**

La correlazione tra malattie neoplastiche e trombosi venosa è nota sin dai tempi di Trousseau, che per primo la descrisse. Recentemente sono state poste le basi cellulari e molecolari di questa correlazione. Vorrei citare solo la capacità delle cellule neoplastiche di produrre ed attivare il fattore tissutale, processi che rappresentano la tappa iniziale della attivazione del processo coagulativo. Contribuiscono al verificarsi di queste complicanze l'aumentata sopravvivenza dei pazienti neoplastici che dà loro modo di sviluppare le complicanze stesse ed una particolare trombogenicità dei nuovi farmaci antineoplastici, con particolare riferimento ai nuovi anti-angiogenetici.

**Esistono forme neoplastiche che più frequentemente di altre si associano a complicanze tromboemboliche?**

Le neoplasie del pancreas sono associate ad una incidenza almeno doppia di complicanze tromboemboliche rispetto a qualsiasi altra forma di neoplasia. Seguono le neoplasie cerebrali, del polmone e del colon. In generale, il tipo istologico adenocarcinoma è quello più frequentemente associato a complicanze tromboemboliche.

**Quali studi del vostro gruppo di ricerca hanno**

## **preceduto il Save-Onco**

Lo studio Save-Onco si è in qualche misura avvantaggiato dalle conoscenze derivanti da uno studio italiano condotto in precedenza in collaborazione con il Prof. Maurizio Tonato e coordinato dalla Unità di Ricerca Clinica del Dipartimento di Medicina Interna della nostra Università. Questo studio, denominato Protecht pubblicato nel 2009 su *Lancet Oncology*, aveva indicato che la profilassi antitrombotica nei pazienti neoplastici sottoposti a chemioterapia era fattibile e con ogni verosimiglianza efficace e sicura. Lo studio Save-Onco ha testato questa ipotesi su larga scala ed in un contesto internazionale.

## **Quale è stato il disegno sperimentale dello studio Save-Onco?**

Lo studio Save-Onco è stato disegnato come studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco e di confronto tra semuloparina e placebo. L'uso del placebo è stato giustificato dalla mancanza di un trattamento di riferimento validato e raccomandato dalle attuali linee guida. Lo studio è stato condotto in 395 centri in 47 paesi e coordinato dalla Unità di Ricerca Clinica del Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Perugia. Sono stati inclusi nello studio 3212 pazienti con l'obiettivo di dimostrare una riduzione del 50% delle complicazioni tromboemboliche (dal 4% al 2%). Lo studio si è avvalso di un end-point primario di efficacia combinato costituito dall'insieme di trombosi venosa profonda sintomatica degli arti superiori o inferiori, embolia polmonare non fatale, embolia polmonare fatale e morte da causa altrimenti non identificata. L'end-point primario di efficacia è stato rappresentato dai sanguinamenti clinicamente rilevanti (maggiori e non maggiori). Gli end-point di efficacia e sicurezza sono stati valutati ed aggiudicati come tali da un comitato indipendente che era in cieco rispetto al trattamento ricevuto dal paziente.

## **Quali sono i tipi di neoplasia considerati nello studio?**

Per essere inclusi nello studio i pazienti dovevano avere una neoplasia localmente avanzata o metastatica del polmone, pancreas, stomaco, colon, retto, vescica ed ovaio da sottoporre a chemioterapia.

## **Quali sono le caratteristiche principali della semuloparina, il farmaco valutato nello studio**

## **Save-Onco?**

La semuloparina è una eparina a basso peso molecolare di ultima generazione con peso molecolare più basso e rapporto anti-Xa/anti II più alto rispetto a quello delle eparine a basso peso molecolare in uso attualmente nella pratica clinica. I potenziali vantaggi della semuloparina sono legati alla sua farmacocinetica, ottimizzata per consentire una copertura effettiva dell'attività antitrombotica nelle 24 ore successive alla sua somministrazione. Nello studio Save-Onco la semuloparina è stata somministrata per un periodo medio di 3 mesi e mezzo alla dose di 20 mg al giorno.

## **Quali sono stati i principali risultati dello studio?**

La somministrazione di semuloparina ha determinato una riduzione complessiva pari al 64% dell'incidenza dell'end-point composito di efficacia (dal 3.4% all'1.2%). Questa riduzione è risultata statisticamente significativa. L'effetto positivo della semuloparina è stato osservato anche per i maggiori componenti dell'end-point primario, individualmente considerati, quali l'embolia polmonare (riduzione del rischio relativo pari al 59%) e della trombosi venosa profonda (riduzione del rischio relativo pari a 68%). Non è stata osservata una riduzione della mortalità.

I risultati relativi alla sicurezza sono stati assai confortanti. L'incidenza dei sanguinamenti maggiori è risultata praticamente identica (19 episodi in 1589 pazienti trattati con semuloparina pari all'1.2% e 18 episodi in 1583 pazienti trattati con placebo pari all'1.1%). È stato osservato un lieve incremento della somma di sanguinamenti maggiori e sanguinamenti non maggiori clinicamente rilevanti (2.8% per la semuloparina in confronto 2.0% per il placebo).

## **Quali pazienti hanno beneficiato maggiormente dall'impiego della semuloparina?**

L'effetto antitrombotico della semuloparina è risultato costante nei diversi tipi di neoplasie raggiungendo la significatività statistica nei pazienti con neoplasia del polmone e del pancreas. L'effetto antitrombotico è stato osservato sia nei pazienti con neoplasia localmente avanzata che in quelli con malattia metastatica.

## **In quale misura i risultati ottenuti con la semuloparina si applicano alle altre eparine a basso peso molecolare?**

Come anticipato, la semuloparina presenta caratteristiche innovative per quanto attiene alla farmacocinetica. Risultati favorevoli in questo stesso contesto clinico sono stati ottenuti con la nadroparina nello studio Protecht. Un effetto favorevole di classe appare probabile anche se i fattori della "Evidence Based Medicine" non potranno non lamentare l'assenza di specifiche evidenze con le altre eparine a basso peso molecolare.

Lo studio Save-Onco dimostra che la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia è efficace e sicura. In questi pazienti la prevenzione delle complicanze tromboemboliche assume una particolare rilevanza clinica dal momento che viene ridotto il numero di ospedalizzazioni, di interruzione della chemioterapia ed i rischi connessi con una terapia anticoagulante a lungo termine nei pazienti che sviluppano una trombosi venosa profonda o un'embolia polmonare. Sono in corso ulteriori studi che hanno come obiettivo la riduzione della mortalità.

### Quali sono le implicazioni cliniche dello studio Save-Onco e le ricadute nella pratica clinica?



## Comunicazione n. 76

La "mercurio editore" ha realizzato, per conto della sanofi-aventis, l'XI edizione del "manuale rovers di diagnosi e terapia", un esaustivo compendio di medicina pratica, destinato al medico di medicina generale. L'opera, alla quale è stato concesso il patrocinio della fnomceo, costituisce un valido strumento di agile consultazione e di supporto alla professione medica sia per i giovani agli inizi che per i sanitari che esercitano da molti anni.

Nell'attuale edizione di 2000 pagine, suddivise in distretti anatomici, il sanitario trova testi ricchi ed esaurienti nei contenuti ma sintetici nella forma, oltre ad immagini e tabelle che lo aiutano ad affrontare ogni risvolto di patologia e il modo di trattarlo con efficacia.

Per questi motivi il comitato centrale, nella riunione svoltasi a Padova il 27 settembre 2012, ha deciso di mettere a disposizione dei professionisti - sul portale della fnomceo - uno spazio con le istruzioni per collegarsi e richiedere direttamente alla sanofi di ricevere il manuale nella modalità da loro prescelta (cartacea o elettronica, per smartphone e ipad).

## Nuove Scadenze Corsi FAD "AUDIT CLINICO" e "SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI"



**E.C.M.**  
Commissione Nazionale Formazione Continua

- On line 31 dicembre 2012
- Residenziale 9 settembre 2013
- Fax 31 dicembre 2012

**12 CREDITI ECM**



**E.C.M.**  
Commissione Nazionale Formazione Continua

- On line 31 dicembre 2012
- Residenziale 31 dicembre 2013
- Fax 31 dicembre 2012

**15 CREDITI ECM**



## Caso Taranto, una riflessione tra gli epidemiologi umbri

Dott. Marco Petrella

Troppe sono le criticità messe in evidenza da questo caso per non provare almeno a condiderle, anche se forse non troveremo il modo di farne a livello regionale un caso da studiare più approfonditamente. Io userò il filo dei presunti attori in campo per indicare i punti che secondo me ci coinvolgono.

- **Le istituzioni:** noi per la gran parte apparteniamo ad istituzioni che, in alcuni casi anche in modo cogente, dovrebbero esprimere un parere su attività che possono avere un impatto sulla salute di chi ci lavora e di chi vive in quel territorio. Nel caso di Taranto si può immaginare che sia stata decisamente infranta la legge. Come è successo che per tanti anni tutte le istituzioni coinvolte non siano riuscite ad intervenire in modo efficace?

- **Gli stakeholder:** quando si infrange la legge non ci dovrebbe essere bisogno di rivolgersi agli stakeholder, ma a volte, lo sappiamo, la realtà è complessa e le pressioni degli stakeholder contano. In questo caso, per molti anni, hanno vinto le pressioni di quelli a cui convenivano meno controlli e più produzione, meno prevenzione e più guadagni, con la scusa che ci guadagnavano tutti, gli occupati, la città, l'economia regionale e nazionale. In quanti altri casi, anche da noi, la bilancia pende dalla stessa parte?

- **Gli esposti:** c'è una parte degli stakeholder che paga di più e guadagna di meno, e che ha quindi una posizione asimmetrica nella platea teorica degli stakeholder, tanto che qualcuno propone di non comprenderli proprio in tale categoria e farne un gruppo a parte. Nelle pressioni di cui si parlava prima, sembra siano stati per molto tempo i più deboli. Non

solo, ora sono anche divisi, tra chi non vorrebbe perdere un lavoro, seppure insalubre per sé e per i propri familiari, e chi non vorrebbe più rischiare la salute perché abitante di una certa zona della città (e sappiamo chi di solito abita in certe zone delle nostre città, sommando rischi a rischi). In Italia i lavoratori dell'industria e le loro rappresentanze sindacali e politiche hanno spesso trattato come un lusso colpevole l'attenzione all'ambiente e questa non è la sede per azzardare analisi storiche e tantomeno giudizi. Quanto resiste ancora questo atteggiamento nelle coscienze di quelli che si occupano di lavoro?

- **Gli epidemiologi:** gli epidemiologi cercano le differenze e quindi amano poter smentire l'ipotesi nulla (quella per cui le differenze non esistono), ma siccome sono consapevoli di tale passione hanno sviluppato un sacro terrore (e relative cautele metodologiche) di questo che chiamano l'errore di primo tipo (dire ad esempio che è vero che si muore di più, quando ciò non è vero). In sede però di utilizzazione dei risultati epidemiologici, qualora il presunto danno sia grave e diffuso, anche se difficile da dimostrare per problemi intrinseci alla metodologia, si usa invocare il principio di precauzione. Perché questo principio non ha funzionato e non funziona?

- **Gli epidemiologi ambientali:** per semplificare direi che spesso non gli si chiede di fare fino in fondo il loro lavoro, ma vengono invece chiamati troppo tardi a cercare i tumori (patologie a loro volta mediamente a lunga incubazione), quando la loro forza sarebbe quella di individuare indicatori precoci di esposizione e permettere di agire a monte su tali esposizioni, di cui già si conosce la pericolosità per la

qualità dell'ambiente e per la salute. Quanto è diffusa la sottovalutazione degli indicatori ambientali?

- **I giudici:** qui mi azzardo molto al di fuori delle mie competenze, ma è noto in letteratura il valore dirompente dell'onere della prova introdotto dall'Organizzazione Mondiale del Commercio. Non è il produttore o l'imprenditore a dover dimostrare che i propri prodotti e

le proprie fabbriche non danneggiano la salute, ma è chi mette in dubbio la loro salubrità a dover dimostrare l'esistenza di pericoli e danni. Se l'ILVA, da soggetto responsabile per legge ad una condotta rispettosa della salute degli operai, dell'ambiente e degli abitanti, arriva a diventare un accusato, ecco che scattano le garanzie della difesa, tocca cercare i morti e la pistola fumante. Abbiamo capito che non bisognerebbe arrivarci a questo punto?



## Congresso Europeo di Medicina Integrata

Dott. Simonetta Marucci

Sono di ritorno dal Congresso Europeo di Medicina Integrata, ECIM, svoltosi a Firenze dal 20 al 22 Settembre a cui ho partecipato come Relatore e come membro del Comitato Organizzatore. Obiettivo della edizione italiana dell'ECIM è stato, tra gli altri, quello di creare una rete di ricercatori, clinici e terapeuti, sui temi della Medicina Integrata, di promuovere il confronto e il dialogo su efficacia clinica, metodologia della ricerca e della formazione e sui modelli possibili di integrazione delle Medicine Complementari nei Sistemi Sanitari Pubblici. Oltre alle innumerevoli comunicazioni scientifiche (presenti oltre 700 relatori da tutti i Paesi del Mondo, un centinaio le Società scientifiche italiane, europee ed internazionali), si sono avute diverse tavole rotonde di approfondimento sulla Oncologia Integrata, la Legge 38 sulle cure palliative e la terapia del dolore, la sperimentazione di modelli integrati di cura, l'integrazione fra biomedicina e medicine complementari in veterinaria. L'evento è stato promosso dalla Regione Toscana, dalle ASL di Firenze e Lucca, dalla Università e dall'Ordine dei Medici di Firenze insieme alla Università Charité di Berlino, con la collaborazione delle altre Università toscane ed il patrocinio di Istituzioni nazionali ed internazionali. Si è trattato di un appuntamento veramente molto importante per medici, operatori sanitari e ricercatori che hanno affrontato i temi del Congresso dal punto di vista scientifico, normativo e culturale non trascurando l'aspetto della valutazione costi-benefici delle Medicine Complementari. Gli Abstract sono pubblicati su uno speciale Supplemento dell'*European Journal of Integrative Medicine*, una importante Rivista internazionale. Gli studenti europei

di Medicina hanno dibattuto delle prospettive della Medicina del futuro ed una sessione aperta al pubblico ha affrontato temi relativi alla alimentazione ed ai suoi rapporti con lo stato di salute. In apertura le letture magistrali di Gian Franco Gensini, preside della Facoltà di Medicina di Firenze, sulla medicina integrata, del medico e ricercatore inglese George Lewith su effetto placebo e trials clinici, di Aviad Haramati, docente della Georgetown University di Washington, sui percorsi formativi della medicina integrata negli USA; Virgilio Sacchini ha parlato dei servizi di medicina integrata del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York, uno dei primi centri ospedalieri che ha incluso le medicine complementari fra i servizi per il paziente oncologico. Si è dato spazio anche al tema degli eventi avversi e della sicurezza del paziente in medicina complementare. E poi ancora workshop tematici dedicati alla Ormesi, alla Menopausa, alla Agopuntura addominale nel trattamento della obesità, alla Medicina Integrata nei Disturbi del Comportamento Alimentare (a cui ho partecipato come relatrice e moderatrice).

L'obiettivo che emerge da questo importante evento scientifico è quello di definire le basi di una piattaforma su delle linee guida della clinica e della ricerca nel futuro prossimo, sui possibili modelli di integrazione in base ai quali sviluppare le Medicine Complementari a livello nazionale ed internazionale, mettendo fine alla frammentazione di esperienze e di metodi.

Nella nostra Regione da tempo un buon gruppo di Medici, Veterinari, Farmacisti si sta muovendo in tal senso, con eventi culturali, incontri formativi che hanno anche contribuito a creare delle sinergie professionali ma anche delle collaborazioni professionali fondate sulla stima ed amicizia reciproca. L'Ordine dei Medici ha sempre affiancato e sostenuto questo sforzo, con grande equilibrio e rappresentando sempre tutte le anime della Medicina, cosa che sta continuando coerentemente a fare, anche ora, dando spazio a questi contributi nel Bollettino.



## Novità in ortopedia e traumatologia

*Dott. Luciano Ferrini*

In questo primo decennio del nuovo secolo si sono notati molti segnali di cambiamento. Dopo la rivoluzione "artroscopica" degli anni '80 e quella "protesica" degli anni '90, il nuovo millennio sembra caratterizzato da una interazione sempre più stretta fra "tecnologia e biologia". L'obiettivo primario è quello di rendere la chirurgia più rispettosa dell'anatomia e della biomeccanica dell'uomo. Gli ultimi Congressi e Simposi sono mirati ad approfondire vantaggi e limiti di metodiche che hanno un indubbio fascino, ma ancora non sappiamo se in futuro manterranno le numerose promesse del presente.

Il settore dei "biomateriali" è in rapido avanzamento scientifico. Dalla collaborazione tra bioingegneri ed ortopedici stanno nascendo biomateriali in grado di trasmettere il carico, ripartire gli sforzi, riempire cavità, distribuire sostanze farmacologiche attive, coadiuvare la rigenerazione tissutale.

I progressi che la biologia e l'ingegneria tissutale stanno conseguendo aprono interessanti prospettive per la risoluzione di problemi legati alle lesioni degenerative. Attualmente sono disponibili "scaffold" e "carrier" di componenti cellulari o di tessuti a potenzialità specifica che consentono una riparazione sempre più vicina a quanto prodotto dalla natura. Tipico esempio le tecniche di rigenerazione cartilaginea: le cellule impiantate, anche per via artroscopica, provvedono alla rigenerazione di un tessuto molto simile alla cartilagine.

Lo studio e la caratterizzazione delle cellule staminali mesenchimali sta aprendo nuovi orizzonti anche in campo ortopedico. La identificazione nel midollo osseo di cellule multipotenti non emopoietiche in grado di replicarsi "in vitro" e differenziarsi in osteoblasti, condroblasti, miociti, adipociti apre delle prospettive una volta impensabili per una loro possibile valida

applicabilità per la terapia cellulare volta alla rigenerazione tissutale con cellule terminalmente differenziate.

La terapia genica consentirebbe di curare non più i sintomi, bensì le cause di malattie complesse ad eziologia multifattoriale come l'artrosi, l'osteoartrite ed altre forme degenerative, ma i risultati clinici non sono ad oggi molto vicini.

I risultati sperimentali e clinici nell'ambito dei "fattori di crescita" sono molto promettenti e già in uso diffuso.

Enormi progressi si sono raggiunti in campo tecnologico con la chirurgia "computer assistita" con sistemi di navigazione che migliorano la precisione del chirurgo senza allungare enormemente i tempi operatori. Dobbiamo ricordare che il robot-chirurgo sostituto dell'uomo, e grande sogno del nuovo millennio, è ancora di là da venire per una utilizzazione diffusa.

Un altro passo avanti è rappresentato in chirurgia dall'approccio mini-invasivo. Esso migliora significativamente il trattamento anche per interventi più impegnativi e complessi, inoltre accelera il recupero post-operatorio dei pazienti. Importante è comunque l'affidabilità del risultato a distanza.

Altra strada è stata aperta dalla disponibilità di tessuti prelevati da cadaveri con la istituzione delle Banche dell'Osso. Questa organizzazione permette di mettere a disposizione dei chirurghi materiali biologici controllati ed utilizzabili in varie patologie.

In conclusione il futuro è a due passi da noi con le sue promesse, le sue speranze ed i suoi sogni. Il nostro compito, soprattutto quello dei più giovani, sarà proprio quello di verificare la validità di certe proposte, di selezionarle con spirito critico, di continuare a provare a realizzare i propri progetti e i propri sogni.



## Equità ai tempi della crisi: ancora un valore per il sistema sanitario?

*Dott. Marco Petrella*

il 24 settembre si è svolto un seminario a Villa Umbra promosso GdL Umbro della Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE). A fronte delle restrizioni di spesa e della necessità di conservare il carattere universalistico del SSN, gli epidemiologi che operano in Umbria, si sono presentati con i loro punti di forza e con le loro criticità, offrendosi come una delle risorse per governare la crisi in senso favorevole. Il seminario ha trovato il pieno appoggio dell'Assessorato alla Sanità ed è stato sostenuto economicamente dal Sindacato italiano medici del territorio (SIMET) L'Assessore Franco Tomassoni e il Direttore Generale Emilio Duca hanno ribadito la gravità del momento, aggravata dalla difficoltà che la Conferenza Stato Regioni incontra nell'individuare una linea comune su cui concentrare gli sforzi.

Alla pressione verso tagli lineari la regione ha opposto il tentativo di governare la introduzione di nuove forme di partecipazione alla spesa, distinguendo i cittadini in base al reddito. Questo modello sarà probabilmente utilizzato come base anche per indicazioni di livello nazionale.

Un'altra strategia è quella di attutire al massimo il rischio di una concorrenzialità negativa tra i diversi settori della sanità, sia diminuendo il numero delle Aziende Sanitarie, sia cercando forme di integrazione e sussidiarietà tra ospedale e territorio, sia ampliando il campo d'azione delle strutture intermedie (vedi anche il caso delle Case della Salute).

Difficile la manovra sulla riduzione della ospedalizzazione, soffrendo l'Umbria più di un eccesso di Presidi che di un eccesso di posti letto.

Ma la riduzione del finanziamento è di tale

entità che i provvedimenti da prendere possono risultare lesivi del sistema, se non si trova la collaborazione di tutti (amministratori, operatori e comunità) nell'assumere la inderogabilità dei risparmi, trovando insieme vie alternative che si concentrino su scelte di razionamento "ragionevoli" e basate su evidenze scientifiche. In questo senso viene visto favorevolmente l'invito dell'AIE a ragionare su una epidemiologia essenziale e il tema scelto, quello dell'equità, ha il vantaggio di essere un tema di fondo sia per la politica che per l'epidemiologia e di particolare urgenza in questa fase di crisi, che rischia di spingere in posizioni di svantaggio socio-economico fasce crescenti di popolazione.

Il Professor Giuseppe Costa, dell'Università di Torino e presidente dell'AIE, invitato in quanto autore di numerosi studi sul tema dell'equità in sanità e referente di un gruppo di lavoro nazionale per il contrasto alle disuguaglianze, ha ribadito l'esistenza di numerose prove scientifiche che dimostrano come anche in presenza di un sistema sanitario pubblico e universalistico le persone svantaggiate dal punto socio-economico e culturale presentano svantaggi di salute e di accesso ai servizi.

D'altro canto si dimostra anche come persone che abbiano corretto la loro posizione, per esempio persone che hanno acquisito da adulti titoli di studio superiori a quelli di partenza, abbiano abbassato il loro livello di rischio. Sono quindi teoricamente e in qualche caso concretamente possibili politiche di contrasto alle disuguaglianze.

Il sistema sanitario in particolare può fare molto sia misurando e segnalando il tema delle disuguaglianze, sia indicando le forme di contrasto ritenute più valide, sia ampliando

il campo della medicina di iniziativa che si dimostra più capace di attuare le differenze di accesso, rispetto alla medicina di attesa.

Il Dottor Vincenzo Panella, invitato a portare il punto di vista di un Direttore Generale, ha illustrato un'ampia serie di dati che dimostrano come nel panorama dei paesi OCSE l'Italia mostri luci ed ombre. Tra queste ombre alcune riguardano proprio quelle inapproprietezze, lavorando sulle quali si potrebbero realizzare risparmi importanti.

Se il sistema non elimina ridondanze, non persegue obiettivi di prevenzione a lungo termine, non seleziona gli interventi di maggiore efficacia, non potrà sostenere la crisi e la caduta delle prestazioni unita all'avanzare dell'offerta privata, non potrà che colpire proprio le fasce sociali più deboli. Gli epidemiologi hanno lavorato fin qui bene su farmaci e interventi assistenziali, di meno sull'organizzazione dell'assistenza e sulle politiche non sanitarie per la salute, che oggi hanno invece la priorità e dovrebbero essere meglio sostenute da studi di efficacia.

Il dibattito è stato aperto dal Dottor Nicola Caranci, componente della Segreteria AIE, epidemiologo sociale presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna, che ha ricordato come il Sistema sanitario Nazionale non dovrebbe essere visto come una semplice spesa, ma come un investimento in grado di generare ricchezza e in definitiva un guadagno non solo in termini di salute ma anche economici. Ha anche sottolineato come, a parità di impatto sulla salute di alcuni determinanti socio-economici in termini di rischio relativo, l'ampliarsi delle fasce di popolazione in sofferenza a causa della crisi genererà un conseguente aumento della popolazione colpita dagli effetti sanitari del disagio socio-economico, agendo sul rischio attribuibile.

Nel dibattito sono state segnalate le importanti esperienze realizzate dalla nostra regione nello studio delle disuguaglianze sociali e del loro impatto sulla salute, condotte in un contesto di collaborazione con gruppi di studio nazionali e internazionali. È emerso anche, però, che l'epidemiologia umbra deve fare un salto di qualità per offrire un contributo all'altezza delle complessità dei problemi da

affrontare: c'è bisogno di mettere davvero in rete tutte le risorse che oggi lavorano isolate, centralizzare quanto più possibile competenze e tecnologie per realizzare una massa critica sufficiente, rafforzare i rapporti con i centri di eccellenza della epidemiologia nazionale.

Bisogna inoltre imparare a tradurre le risultanze degli studi epidemiologici in informazioni autorevoli e utilizzabili per i decisori e, ancor di più, per gli altri professionisti della sanità, che in prima persona potranno assumere scelte sulla base di evidenze epidemiologiche, e infine per i cittadini, che spesso sono gli ultimi a sapere o diventano bersaglio di informazioni distorte e interessate.

Infine l'epidemiologia deve ampliare il suo campo d'azione e di capacità di analisi, al di là della valutazione dei singoli presidi (preventivi o curativi che siano) arrivando a valutare i percorsi diagnostico assistenziali e le politiche non sanitarie per la salute.

Nelle conclusioni il Professor Giuseppe Costa ha ricordato la linea di lavoro nazionale sui LEA epidemiologici, strategica in questa fase. Ha inoltre ricordato l'importanza di scegliere gli interlocutori più appropriati, in modo da ottimizzare la comprensione e l'impatto delle evidenze prodotte. Ha anche sottolineato due punti cardine nella crescita delle risorse epidemiologiche: la formazione specifica degli operatori (vedi Master dell'Università di Torino), la qualità dell'infrastruttura informativa, la capacità di fare rete tra strutture epidemiologiche diverse e con diverse vocazioni. Ha infine sottolineato che l'Italia resta un paese con un basso livello di disuguaglianze sociali (malgrado il crescente divario Nord Sud) e che questo andrebbe meglio studiato per capire quali siano stati i fattori che hanno agito positivamente e farne tesoro. In sintesi il seminario ha confermato alcune criticità nazionali e alcune specifiche difficoltà di un sistema sanitario regionale, che pure resta tra i migliori del nostro paese. Sono però anche emerse capacità di analisi e proposte di intervento positive per guardare alla crisi anche come ad una opportunità di rinnovamento e di miglioramento, per la sanità in generale e per l'epidemiologia in particolare.



## Come la mente modifica il cervello: l'esempio del placebo

Dott. Massimo Piccirilli

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia, Sede di Terni

**“Io ero un corpo: un corpo ammalato da guarire. E avevo un bel dire: ma io sono anche una mente, forse sono anche uno spirito e certo sono un cumulo di storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri ed emozioni ... Nessuno sembrava volerne tenere di conto.”**  
**Tiziano Terzani (Un altro giro di giostra)**

L'elemento soggettivo trova collocazione con difficoltà in campo sanitario. Una malattia deve essere riconosciuta indipendentemente dall'individuo che ne soffre; l'attenzione deve quindi essere rivolta alla oggettività dei segni clinici eliminando ogni variabile soggettiva potenzialmente in grado di ostacolare il ragionamento clinico. Ciò che viene richiesto è la competenza tecnica necessaria per identificare la malattia svincolata dalle caratteristiche personali dell'individuo che la manifesta. E' probabilmente questa la principale ragione che ha imposto un progressivo distanziamento della persona sofferente dal suo terapeuta. Può sembrare paradossale che gli avanzamenti tecnologici della medicina coincidano con la crescente insoddisfazione di coloro che ne dovrebbero trarre beneficio, ma la contraddizione è implicita in quello che è stato definito l'errore di Cartesio: la separazione fra mente e corpo. Grazie alla dicotomia cartesiana hanno avuto origine il pensiero scientifico e la medicina moderni: il corpo, considerato alla stregua di una macchina, è divenuto finalmente oggetto di studio scientifico, non però la mente che, in quanto immateriale, è stata privata degli strumenti di indagine scientifica. Da questo punto di vista l'essere umano viene considerato costituito da due entità, ciascuna dotata di esistenza autonoma. Ne derivano due modalità di studio differenti, che in medicina si

traducono nella distinzione fra interpretazioni del comportamento di tipo biologico e psicologico, tra disturbi organici e funzionali, tra rimedi di tipo somatico e psicoterapeutico. In contrapposizione l'ipotesi che la mente sia un prodotto del cervello ha condotto ad approfondire lo studio del funzionamento cerebrale fino a considerare le neuroscienze l'unica chiave di lettura corretta per trovare risposta a questioni classicamente affrontate dalla filosofia: la coscienza, il libero arbitrio, l'etica e così via.

La questione fondamentale è dibattuta fin dai primordi della storia dell'umanità: è possibile definire l'essere umano esclusivamente sulla base della sua biologia? Secondo alcuni rimane comunque un residuo non riconducibile alla materia e non conoscibile. La nota metafora di Nagel "cosa si prova ad essere un pipistrello" suggerisce che la conoscenza, anche dettagliata, della struttura e della funzione del cervello del pipistrello non corrisponde alla conoscenza di cosa si prova ad avere le esperienze sensoriali del pipistrello: in altri termini all'esperienza soggettiva non sarebbe mai possibile fornire una spiegazione puramente biologica. Nella storia del pensiero le due principali ipotesi sulla relazione tra mente e cervello si sono ripetutamente contrapposte; solo ai nostri giorni si assiste al tentativo di sanare una così profonda frattura ideologica.

“Una menzogna è utile soltanto come medicina per gli uomini. L'uso di tale medicina è riservato al medico”.

Platone (*Repubblica*)

Uno dei fenomeni più sconcertanti per chi cerca di comprendere le interazioni fra mente, cervello e comportamento è l'effetto placebo.

Il termine “placebo” è derivato dall’errata interpretazione di un versetto biblico che San Girolamo tradusse come “placebo Domino in regione vivorum” ed è stato ufficialmente introdotto nel lessico medico da Hooper nel 1811 con il significato di “medicamento dato più per compiacere il paziente che per fornirgli beneficio”. È definito placebo qualunque sostanza che, pur essendo inerte dal punto di vista farmacologico, viene somministrata al paziente facendogli credere di star ricevendo un trattamento efficace. Nell’uso moderno placebo è il farmaco “falso” utilizzato come mezzo di controllo da confrontare con il farmaco “vero” di cui si vuol verificare l’efficacia. Tuttavia proprio questa modalità sperimentale ha rivelato le inaspettate virtù terapeutiche del trattamento placebo. Anche recentemente una metanalisi sull’uso degli antidepressivi di seconda generazione ha documentato come il 34.7 % dei pazienti risponda al placebo, ma ancora maggiore fu lo scalpore destato negli anni 60 dall’osservazione che in pazienti con angina pectoris un falso intervento (la semplice incisione cutanea con sutura) otteneva risultati positivi identici all’intervento di legatura dell’arteria mammaria interna. Queste indagini non fanno altro che fornire una veste scientifica ad una pratica assai comune; l’uso del placebo in medicina è sempre stato considerato uno dei possibili strumenti a disposizione del terapeuta: famosa l’affermazione di Thomas Jefferson secondo cui il medico che lo aveva curato meglio gli aveva poi confessato di aver usato “gocce di acqua colorata”. Non desta allora meraviglia la recente indagine condotta su 679 medici statunitensi, di cui il 50% afferma di prescrivere un placebo di routine e il 62% di considerarlo eticamente corretto.

Per quanto paradossale possa sembrare quindi, una sostanza inerte è in grado di ottenere un effetto benefico sul decorso di un disturbo clinicamente rilevante. Un modello assai convincente per valutare il fenomeno è rappresentato dal protocollo “open-hidden”: mentre nella condizione open è il personale sanitario a somministrare la terapia, nella condizione hidden il farmaco viene fornito mediante un sistema computerizzato che stabilisce il momento e la durata della terapia. La differenza sostanziale tra le due condizioni è che nel primo caso il paziente sa che sta ricevendo la terapia mentre nel secondo

non ne è consapevole. Va sottolineato che contrariamente alle sperimentazioni classiche il confronto non avviene tra un farmaco ed un placebo ma è lo stesso farmaco che viene somministrato secondo due modalità diverse. La terapia è sistematicamente più efficace nella condizione open. La differenza non può che essere attribuita all’effetto placebo; ad innescare la risposta placebo non è quindi la sostanza somministrata, ma la modalità di somministrazione (il contesto).

In definitiva qualunque farmaco agisce attraverso due meccanismi: accanto agli effetti specifici dipendenti dalle proprietà farmacologiche è sempre presente l’effetto aspecifico derivante dalla consapevolezza di star ricevendo una terapia (effetto non transitorio dato che migliora anche la prognosi a distanza). Si tratta allora di identificare con precisione le variabili in grado di potenziare, o al contrario contrastare, i meccanismi sottostanti all’effetto placebo e di stabilire se esistono differenze interindividuali. L’obiettivo è riuscire ad utilizzare consapevolmente l’effetto placebo per ottenere il massimo beneficio possibile dall’atto terapeutico. Ad esempio, formalmente è corretto informare il paziente che la sostanza che gli viene prescritta potrebbe essere un placebo; eppure la terapia si rivela significativamente più efficace se chi la somministra la definisce analgesica o la accompagna con commenti anche generici come “molte persone ne hanno tratto giovamento”. La semplice consapevolezza che il disegno sperimentale prevede la possibilità di ricevere un placebo può quindi modificare i risultati dell’intervento terapeutico. Questi dati non solo avvalorano la validità del principio di Balint del “medico come medicina”, ma stimolano anche riflessioni profonde sulle attuali metodiche di valutazione delle sperimentazioni cliniche, sulla pratica del consenso informato e, più in generale, sui problemi etici in medicina.

“Le parole sono medicina per le anime che soffrono.”  
Eschilo (*Prometeo Incatenato*)

Una possibile interpretazione dell’effetto placebo può derivare dalle neuroscienze. Le conoscenze sul funzionamento del sistema nervoso sono mutate radicalmente nell’ultimo

decennio. Il dogma secondo cui il neurone è una cellula perenne è stato falsificato dalla scoperta della neurogenesi. Il dogma secondo cui l'organizzazione cerebrale, superata la fase infantile, è immutabile è stato sostituito dalla nozione di neuroplasticità. Una simile rivoluzione è stata promossa soprattutto dalle indagini di neuroimaging che permettono di verificare lo stato funzionale cerebrale corrispondente a qualunque comportamento dell'essere umano.

Cosa cambia nel funzionamento cerebrale dopo l'assunzione di una sostanza placebo? La risposta, ancora una volta sorprendente, è diversa a seconda della condizione clinica. Nel caso dell'analgesia le regioni attivate dal placebo corrispondono a quelle che si attivano dopo somministrazione di oppioidi; il dato concorda con la già nota osservazione che l'effetto placebo è abolito dai farmaci antagonisti degli oppiacei. Nel caso invece ad esempio della sindrome parkinsoniana l'effetto è legato ad un incremento dell'attività dopaminergica. I meccanismi sottostanti all'azione del placebo sembrano cioè mimare l'attività dei farmaci; nel caso del placebo però l'effetto viene innescato dal contesto in cui la sostanza viene somministrata, attraverso cioè eventi mentali come l'aspettativa di ottenere un beneficio, la speranza di miglioramento, la fiducia nell'operatore, le credenze sia individuali che proprie della cultura di appartenenza.

Come possano i processi mentali essere all'origine dell'incredibile efficacia terapeutica di una sostanza farmacologicamente inerte dipende verosimilmente dall'attitudine del sistema nervoso a riorganizzarsi in rapporto agli stimoli che riceve (plasticità cerebrale). Un ruolo cruciale in questo senso ha il linguaggio: un soggetto informato che alla comparsa di un determinato stimolo sentirà una scossa elettrica, quando lo stimolo compare, reagirà come se avesse ricevuto la scossa; non c'è bisogno dello stimolo doloroso; lo stesso effetto si ottiene con le parole: le aree cerebrali che si attivano sono sovrapponibili. Ovviamente è vero anche il contrario: le parole possono avere un effetto grandemente benefico, come nel caso della psicoterapia: dopo un trattamento efficace, uno stimolo fobico non provoca più l'attivazione anomala presente prima della terapia. In medicina le parole non sono mai

neutre: se non attivano un effetto placebo, ne attivano uno contrario (nocebo).

Alla luce di queste conoscenze sarebbe auspicabile che gli operatori sanitari fossero maggiormente edotti sui molteplici fattori che possono influenzare l'efficacia dell'atto terapeutico.

'Il mondo é presente all'interno della nostra mente,  
la quale é all'interno del nostro mondo'  
Edgar Morin (*Il metodo*)

In conclusione le moderne tecnologie documentano come i processi mentali possano modificare la struttura ed il funzionamento del sistema nervoso. La mente, prodotto del cervello, si estende nel mondo attraverso la cultura: i prodotti mentali cioè smettono di appartenere al singolo individuo per diventare patrimonio comune; questa dimensione culturale cambia i meccanismi evolutivi in quanto a loro volta i prodotti della mente retroagiscono sul cervello modificandolo: causa ed effetto non sono più distinguibili, mente e cervello non sono più entità separabili.

Nell'essere umano il comportamento non è mai solo il risultato dell'azione dei geni né mai solo delle influenze ambientali: l'equivoco può essere identificato nell'aver considerato natura e cultura, innato ed acquisito, genetica ed ambiente come processi alternativi; apparentemente invece natura e cultura agiscono in modo complementare: entrambi raggiungono i loro effetti incidendo sulla organizzazione del cervello.

Così il significato pieno di attese che il paziente dà alla terapia/placebo prescrittagli si traduce in una serie di reazioni cerebrali che inducono modificazioni neuro-endocrino-immunologiche capaci a loro volta di modificare la reazione soggettiva ed oggettiva alla malattia.

#### Approfondimenti

Benedetti F. Il cervello del paziente. Fioriti Ed, 2012

Damasio AR. L'errore di Cartesio. Adelphi Ed, 1995

LeDoux J. Il sé sinaptico. Cortina Ed, 2002

Piccirilli M. Dal cervello alla mente. Morlacchi Ed, 2006



## EBM e Medicina Difensiva

Dott. Marco Rondini

Avete visto quella pubblicità alla televisione di "obiettivo risarcimento": se siete vittima di malasanità da 10 anni a questa parte potete fare rivalsa sul medico che ritenete responsabile: chiamate il numero verde eccetera eccetera.

Ora parliamo di medicina difensiva!

Quante malattie evolvono in modo diverso dall'atteso, non guariscono, quante malattie gravi iniziano in modo subdolo e sono inizialmente sottovalutate, quante volte nel corso della nostra attività professionale ci siamo ricreduti ed abbiamo dovuto correggere il tiro.

Ma, al contrario, quante volte il paziente è disposto a capire che la medicina non è una scienza esatta e che le diagnosi si fanno per gradi partendo spesso da errori nostri o di altri e che spesso l'ultimo medico giunge alla diagnosi corretta proprio sulla base di quegli errori.

Quanti, al di fuori di chi esercita giornalmente la pratica clinica, sono consci che l'errore medico fa parte della corretta diagnosi?

Che tipo di medicina può derivare da un atteggiamento persecutorio nei confronti dell'errore medico se non una medicina pericolosamente difensiva?

Qualche anno fa operai in pronto soccorso una signora di ricostruzione di un tendine estensore del secondo dito della mano sinistra lesionato a seguito di una ferita traumatica. Al termine prescissi i tempi di rimozione sutura i tempi di rimozione della stecca ma non prescissi antibiotici. La EBM (evidence based medicine cioè medicina basata sulla evidenza) studiando evidenze cliniche sancisce che l'antibiotico non sterilizza la ferita, non c'è alcuna

differenza di incidenza di infezione nelle ferite traumatiche tra quelle trattate subito con antibiotici o in seconda terza giornata, dopo la prima manifestazione di infezione, contemporaneamente al trattamento di revisione della ferita. L'antibiotico va prescritto "ab initio" (non si tratta comunque di profilassi perché la ferita traumatica è infetta ab initio) solo in casi selezionati o in ferite molto inquinate per limitare la diffusione non l'infezione locale. La stessa EBM sancisce che non esiste terapia antibiotica preventiva se non quella praticata per endovena circa mezz'ora prima di una ferita chirurgica in sala operatoria (cosa ovviamente impossibile in caso di ferita traumatica).

La ferita si infettò, la signora tornò dopo due giorni per una visita di controllo fu revisionata la ferita furono prescritti antibiotici (tutto secondo EBM). Ma la signora chiese un risarcimento all'ospedale per il danno riportato, corredando la richiesta di una "perizia" illuminata in cui si asseriva che la prescrizione **preventiva** di un antibiotico avrebbe potuto evitare l'infezione.

A onor del vero l'Ospedale chiese una seconda "perizia" ad un "perito" di maggiore caratura del primo il quale rispose al termine di 3 pagine, testualmente: "La complicità flogistica infettiva verificatasi secondariamente alla lesione accidentale dell'apparato estensore del secondo dito della mano sinistra è con elevata probabilità da ricondursi alla mancata prescrizione di adeguata **profilassi** antibiotica". Tanta brodosità per dire 4 parole: "E' colpa del medico"; mentre, in pratica, interpretando la perizia dell'illuminato secondo EBM la signora avrebbe dovuto iniettarsi una dose di antibiotico

endovena circa mezz'ora prima di tagliarsi il dito.

Io evidenziavo le linee guida cui mi ero attenuto in una relazione, ma l'Ospedale liquidò la cifra ritenuta opportuna senza discutere le illuminazioni peritali.

In questo caso si trattava di una richiesta di risarcimento ma chi ci difenderà da aggressioni penali (che stanno diventando la moda del momento)?

Circa a metà luglio sono stato convocato in Procura della Repubblica per eleggere domicilio a seguito di una denuncia penale. Il caso? Nell'aprile del 2012 una bambina, giunta in pronto soccorso con una ferita della fronte fu trattata con toilette, disinfezione e cerottini a trazione (steril strip). Non ho prescritto antibiotici. La ferita si è infettata (ogni tanto purtroppo succede).

Adatevi a guardare le linee guida per quel che riguarda le ferite del volto e del cuoio capelluto: se ne infettano non più dell'1%. Anche qui non si prescrivono antibiotici ma si trattano le eventuali complicanze. Eppure di sicuro qualcuno parlerà anche in questo caso di profilassi antibiotica.

EBM e medicina difensiva:

In conclusione anche se l'EBM dice che non c'è nessun vantaggio nel somministrare antibiotico dopo una ferita traumatica (purché sia trattata in modo corretto) in realtà un grosso vantaggio c'è nel senso che anche se la ferita infetterà ugualmente almeno noi saremo protetti dal parere illuminato in base al quale saremo giudicati. E' facile, basta non commettere errori: se la ferita va bene, bene; se si infetta dovrete prescrivere antibiotici.

Di certo il giudizio a posteriori non sbaglia mai.

## Riceviamo e pubblichiamo

### AMVA

#### APPRENDISTATO E MESTIERI A VOCAZIONE ARTIGIANALE

#### Contributi agli studi professionali per assunzioni in apprendistato

Si ricorda che è ancora attivo l'Avviso pubblicato da Italia Lavoro, in qualità di organismo di assistenza tecnica del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che riconosce alle imprese fino a concorrenza delle risorse disponibili e, comunque, non oltre la data di chiusura dell'Avviso fissata al 31/12/2012:

- Un contributo di € 5.500,00 (cinquemilacinquecento/00) per ogni soggetto assunto con contratto di apprendistato per la qualifica professionale a tempo pieno;
- Un contributo di € 4.700,00 (quattromilasettecento/00), per ogni soggetto assunto con contratto di apprendistato professionalizzante o contratto di mestiere a tempo pieno.

**A partire dal 1/9/2012, per le assunzioni effettuate da quella data e ferme restando tutte le ulteriori condizioni indicate nell'avviso pubblico, possono presentare richiesta di contributo ANCHE GLI STUDI PROFESSIONALI in qualunque forma costituiti.**

**Dovrà essere allegata, al posto del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio, una dichiarazione sostitutiva con la quale si dichiara di non essere soggetto all'iscrizione, l'Ordine di appartenenza e il numero di iscrizione dei titolari dello studio professionale.**

La domanda di contributo potrà essere presentata unicamente attraverso il sistema informativo raggiungibile al seguente indirizzo: <http://amva.italialavoro.it>.

Ulteriori informazioni possono essere richieste all'operatore di Italia Lavoro, dott.ssa Antonella Barillà via mail a: [abarilla@co.italialavoro.it](mailto:abarilla@co.italialavoro.it) o telefonando al n. 0118395730.



## Centro Odontostomatologico Universitario

Un presidio per la prevenzione nell'Infanzia  
Intervista al prof. Stefano Cianetti

Dott. Antonio Montanari

**Premessa:**

conosco e stimo il prof. Stefano Cianetti da molti anni. Per lungo tempo è stato un valente dirigente dell'ANDI, l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, sia provinciale che regionale, nonché un apprezzato Consigliere C.A.O. e successivamente dell'Ordine.

Oggi Stefano, dopo aver lasciato definitivamente la libera professione, si dedica esclusivamente all'attività accademica ed in particolare alla sua creatura, il Centro Odontostomatologico Universitario, che vorrei provare a presentare, ponendogli alcune domande\*, dopo una breve introduzione. \*(la terza persona è prassi giornalistica - n.d.r.)

Con il convenzionamento del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, che ha rappresentato da sempre un punto critico nei rapporti riguardanti le convenzioni tra Università degli Studi di Perugia e Regione Umbria, nasce il Centro Odontostomatologico Universitario al quale la regione riconosce l'operatività ai fini assistenziali, in aggiunta a quelli di didattica e di ricerca. A distanza di soli 18 mesi dalla sua inaugurazione, a cui la stampa non solo locale diede molto risalto, incontro il Prof. Stefano Cianetti (Ordinario di Malattie Odontostomatologiche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell' Ateneo perugino), chiamato dalla Regione e dall'Università a "disegnarne" lo sviluppo per la pubblica utilità.

**Prof. Cianetti, ero presente il giorno dell'inaugurazione e l'immagine che mi è rimasta impressa, e mi ha fatto capire che qualcosa di importante si stava per realizzare, è quella di un'aula di università in cui le persone non trovavano posto a sedere, che i camici bianchi si confondevano fra tanta gente comune e che il tavolo delle autorità era quanto mai gremito.**

**Poi i Suoi ringraziamenti ed il Suo intervento, per illustrare il progetto su cui avrebbe lavorato, un intervento che Lei terminò con quel "... anzi, lo farò!!!": un impegno che stava a testimoniare la certezza che lo avrebbe realizzato.**

**Di seguito le parole del Magnifico Rettore, Prof. Francesco Bistoni, "una struttura che dà ancora più dignità al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria" e per finire la Presidente della Regione Umbria, dottoressa Catuscia Marini, "un'eccellenza che va così ad integrare il già ottimo sistema sanitario regionale"**

**Può ricordare, per coloro che non erano presenti, i punti salienti del progetto che anima il Suo centro?**



Il Tavolo dei Relatori



Il Prof. Cianetti con la Presidente Marini

“La mission del centro è di garantire un’attività assistenziale di qualità, nel rispetto degli impegni assunti dalla Regione con i cittadini umbri in ambito odontoiatrico, garantendo quindi i Livelli Essenziali di Assistenza e l’attuazione della legge regionale sull’odontoiatria per i paganti in proprio, di recente istituzione, privilegiando l’attività rivolta all’età evolutiva. Sulle attività assistenziali si sviluppano quelle di ricerca e di didattica.”

**Se non sbaglio, la Presidente della Regione, Catiuscia Marini, in una recente trasmissione su una importante emittente nazionale, ha portato come esempio da seguire, tra le attività odontoiatriche da realizzare su tutto il territorio nazionale a carico del S.S.N., quella che la regione Umbria svolge nei riguardi dei bambini, con riferimento al Centro che Lei dirige. Un primo segnale sui risultati finora raggiunti?**

“E’ stata una piacevole sorpresa, oltre che un onore, anche perchè dopo l’inaugurazione non ho avuto più modo di incontrare personalmente la nostra Presidente. La sua attenzione per l’attività svolta a tutela della salute orale dei bambini è indice di una grande sensibilità umana e di grande lungimiranza politica, poichè le maggiori disequivalenze sociali si mostrano impetuosamente nella salute dei bambini. Pertanto la sua attenzione mi incoraggia; spero prima o poi di confrontarmi con la Presidente su prospettive future, alla luce dei dati in mio possesso e che, se confermati su scala regionale, non ci fanno stare molto allegri.”

**Lei stimola senza dubbio la curiosità di chi legge; pertanto, prima di conoscere i risultati raggiunti, Le chiedo di farci vivere il Suo centro, illustrandone l’organizzazione.**

“Il Centro, nato presso il Polo Unico Ospedaliero-Universitario di Perugia, è qualcosa di meraviglioso, curato in ogni piccolo dettaglio, dove i colori rallegrano le nostre giornate lavorative ed accolgono i nostri pazienti, impazienti di ricevere le nostre attenzioni. Sembra una favola, ma non è una favola: è solo una piacevole realtà che purtroppo nel pubblico non è facile trovare; anche se non costa nulla realizzarla, ci vuole molto impegno per mantenerla.

La **Casa Dei Denti Contenti** è “l’attrazione” del Centro. Un ambulatorio appositamente realizzato per i bambini con due poltrone odontoiatriche dove ad accoglierli c’è un bellissimo murales e il



soffitto dipinto con i colori dell’arcobaleno. Agli adulti gli altri due ambulatori con due poltrone, poi una ampia sala d’attesa, stanza di sterilizzazione studi medici, sala infermieri e spazi per altre future otto poltrone, per l’attività didattico-assistenziale. I bambini, alle cui cure vengono dedicati più giorni della settimana, accedono al servizio in giorni diversi rispetto agli adulti. L’attività assistenziale è organizzata per diffondere e applicare le linee guida nazionali, per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali, pubblicate dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali.”

**Quanti i giorni di apertura al pubblico e, oltre a Lei, quanto personale impegnato?**

“Attualmente oltre a me altri due medici universitari, due infermieri e un operatore socio-sanitario garantiscono la continuità del servizio per tutta la giornata dal lunedì al venerdì”.

**Quali le patologie maggiormente trattate?**

“Cerchiamo di applicare le linee guida ministeriali sulla prevenzione in età evolutiva, quindi prevenzione primaria (visite preventive, educazione alimentare ed all’igiene orale, informazione ai genitori, sigillature e fluoroprofilassi), poi cure di conservativa, endopedodonzia ed estrazioni sia in dentatura decidua che permanentemente, visite di controllo dopo il primo accesso e dopo terminato il ciclo di cure. Vista la significativa percentuale di ECC (Early Childhood Caries



- carie precoce dell'infanzia in dentizione decidua) riscontrata, stiamo lavorando per attuare programmi di prevenzione mirata su questi bambini, al fine di ridurre l'incidenza di carie in dentizione permanente, essendo questi bambini considerati ad alto rischio di sviluppare anche in futuro lesioni cariose. Segnalo la collaborazione con la clinica pediatrica per i bambini down e con l'oncologia pediatrica”.

**Quale è la motivazione che l'ha indotta ha privilegiare l'attività assistenziale per l'età evolutiva (0-14anni)**

“Sono le stesse che ci ha scritto una mamma nel questionario che facciamo compilare ad ognuno, e nei quali vengono raccolti i dati inerenti lo studio dei determinanti sociali, che influiscono sulla salute orale, ed i dati inerenti alle aspettative con cui i genitori si sono rivolti al nostro servizio, e cioè che “la tutela della salute da piccoli è garanzia di salute da grandi”, e che l'età evolutiva comprende una fascia di età molto vulnerabile, la cui salute dipende principalmente dalle scelte che gli adulti adottano nei loro confronti (famiglia, scuola, sanità...).

In Umbria ( dati Regione 2010) ci sono 110.924 bambini ed adolescenti (0-14anni), ma cosa sappiamo in merito alla loro salute orale, ai loro bisogni, alla loro possibilità di accedere ai servizi odontoiatrici (privati o pubblici) e se questa possibilità è equamente distribuita in tutte le fasce sociali? Non sappiamo nulla, non abbiamo dati. Bene: io sto provando a raccogliere dati che

sono oggi riferiti allo 0,7% circa della popolazione infantile umbra (815 bambini e adolescenti), che è stata accompagnata dai loro genitori al nostro Centro; continueremo a farlo anche per i prossimi già in lista d'attesa.”

**Su cosa ha costruito i dati oggetto dell'analisi?**

“Oltre all'esame clinico abbiamo raccolto informazioni sulla composizione del nucleo familiare (grado di istruzione, occupazione, paese di origine dei componenti il nucleo familiare, residenza dei genitori), sul comportamento della mamma assunto in gravidanza in rapporto alla salute orale ed agli interventi preventivi messi in atto a tutela del nascituro durante la gestazione, la valutazione sulle conoscenze dei genitori sulle misure di prevenzione in ambito odontoiatrico (età prima visita odontoiatrica, igiene alimentare, igiene orale, utilizzo del fluoro, sigillature dei solchi), sul ruolo del pediatra di base nella prevenzione e promozione della salute orale ed infine sulle aspettative con le quali gli utenti si sono rivolti al servizio.”

**In sintesi quali sono le osservazioni che Lei ha tratto dall'analisi dei dati in Suo possesso?**

“Nel nostro campione è alta la percentuale (68%) dei bambini affetti da patologia cariosa con differenze, anche se nel nostro caso non sono evidenti, legate alla nazionalità ed alle condizioni socio economiche del nucleo familiare. Il 38% è stato inviato dal pediatra di base per patologia in atto e l'età media (8,6anni) è risultata

alta rispetto ai 3-4 anni consigliati per la prima visita di controllo, ma risulta alta anche se confrontata al resto del campione (6,7 anni).

Nel 54%, che per propria iniziativa si sono rivolti a noi per una visita di controllo, siamo stati i primi dentisti.

In questo gruppo l'età media è risultata di 6,3 anni ed è stata fatta diagnosi di carie nel 62% del campione.

Insufficienti sono risultate le conoscenze in ambito preventivo, poichè quasi la totalità del campione ignorava l'esistenza e l'utilità della sigillatura dei solchi dei molari permanenti e le indicazioni al corretto uso della fluoroprofilassi, oltre ad avere scarse conoscenze riguardo abitudini alimentari e di igiene orale, indispensabili ad un corretto sviluppo ed al mantenimento della salute orale.

Le mamme intervistate non conoscevano la possibilità della trasmissione verticale dello streptococco mutans al neonato e quindi dell'influenza della loro salute orale su quella del figlio.

Questi dati ad oggi aggiornati e che confermano quelli pubblicati all'Exposanità di Bologna, con cui la regione a voluto portare ad esempio l'attività svolta dal Centro Odontostomatologico Universitario, a tutela della salute in età evolutiva, come una risposta alla legge regionale sull'odontoiatria di recente istituzione, andrebbero verificati su un campione rappresentativo di tutto il territorio regionale.

Questo è il compito della sanità pubblica, al fine di programmare ed organizzare, qualora ce ne fosse bisogno, interventi di promozione e prevenzione mirati, che tutelino la salute in questa fascia di età, anche con una riorganizzazione dei propri servizi.

Questo è il **vero modello di odontoiatria lowcost, poichè gli interventi preventivi costano poco, garantiscono risparmi in futuro ed abbattano le disuguaglianze sociali** in questo ambito, poichè a tutti è data la possibilità di partecipare, indipendentemente dalle condizioni economiche."

**Visto che a dirigere il Centro, che tra l'altro si chiama Centro Odontostomatologico Universitario, è stato chiamato Lei, che è un professore universitario, la domanda che automaticamente mi viene di farLe è la seguente: in tutto questo, quale è il contributo che l'Università può offrire?**

"Le rispondo con quanto scritto da Giovanni Paolo II nel Ex corde Ecclesiae, n°12,15 agosto 1990:

"Ogni Università è una comunità accademica che, in modo rigoroso e critico, contribuisce alla tutela e allo sviluppo della dignità umana e dell'eredità culturale mediante la ricerca, l'insegnamento, e i servizi offerti alle comunità locali, nazionali e internazionali".

In altre parole sviluppo della cultura, crescita della persona e servizio alla società sono elementi essenziali della missione universitaria. L'insegnamento e i progetti che si possono realizzare al Centro Odontostomatologico sono lo stimolo a fornire una guida agli studenti affinché essi acquisiscano un metodo di lavoro personale, che li metta in grado di affrontare anche i problemi nuovi posti dalla rapida trasformazione della società.

La professione odontoiatrica sta già vivendo profondi cambiamenti socialmente imposti dal contesto socioeconomico attuale e l'Università, prendendone atto, dovrà formare una nuova classe odontoiatrica che sappia interpretare le nuove esigenze: non basterà più ereditare lo studio del genitore dentista per avere la certezza occupazionale.

Gli studenti dovranno essere pertanto preparati per essere impiegati, nel privato, in strutture che ricalcheranno sempre più un modello aziendale a partecipazione privata, e in un servizio pubblico, che dovrà essere sempre più orientato alla prevenzione e nella ricerca.

Tutte le professioni devono essere continuamente ripensate per adeguarle alle esigenze della società e quella dell'odontoiatra non può certo sfuggire a questa regola".



Da sin: il D.G. Dott. Orlandi, La Presidente Marini, Il Rettore, Prof. Bistoni



## Esercizio abusivo della professione di Odontoiatra RISARCIMENTO DEI DANNI A FAVORE DELL'ANDI!!!

Con una recente sentenza (n. 18154/2012, depositata il 14 maggio 2012), la **Corte di Cassazione**, Sezione VI Penale, ha **confermato la condanna di un odontotecnico e di un dentista** alla pena di due mesi e venti giorni di reclusione ciascuno, inflitta in primo grado dal Tribunale di Trieste con sentenza dell'11 giugno 2008 e confermata in secondo grado dalla Corte di Appello di Trieste, per il reato di cui agli artt. 110 e 348 c.p., ovvero **esercizio abusivo della professione**.

Ecco in breve il fatto.

La signora B.M. sporgeva formale denuncia, riferendo di avere subito una serie di estrazioni dentarie da parte di M. e di essersi resa conto che questi non avrebbe potuto svolgere tale attività quando, di fronte alla necessità di prescrivere una cura antibiotica a seguito di un'infezione manifestatasi dopo l'intervento, per farsi redigere la ricetta si era rivolto al medico A, dentista regolarmente abilitato all'esercizio odontoiatrico e presso il cui studio M. esercitava la professione.

Di qui trae origine la vicenda processuale che ha visto coinvolti M. ed A.

I giudici di merito, e successivamente i giudici di legittimità con la sentenza in commento, hanno ascritto loro la responsabilità penale: l'M., di professione odontotecnico, per aver esercitato abusivamente la professione di odontoiatra nello studio dentistico di A., e quest'ultimo per aver concorso nel reato di cui all'art. 348 c.p..

Sulla posizione dell'odontoiatra, la Suprema Corte precisa che risponde, a titolo di concorso, del delitto di esercizio abusivo di una professione, chiunque consenta o agevoli lo svolgimento da parte di persona non autorizzata di un'attività professionale, per la quale sia richiesta una speciale abilitazione dello Stato. Nel caso di specie, è evidente che il coimputato era a conoscenza dell'attività abusiva svolta dal suo collaboratore, vista la prescrizione dell'antibiotico dal medesimo redatta.

La predetta sentenza si inserisce nell'alveo di

pronunce della giurisprudenza di legittimità e di merito in materia di esercizio abusivo della professione di odontoiatra.

Dalle predette pronunce penali poi possono conseguire anche rilevanti conseguenze risarcitorie, in campo civilistico, come l'ANDI ben sa.

Sul punto in particolare, **si ricorda la sentenza n. 399 del 2012, con la quale la Corte d'Appello di Torino** ha confermato la sentenza n. 91 del 2010 resa dal Tribunale Civile di Pinerolo, che aveva **condannato un odontoiatra abusivo, semplice odontotecnico, di Volvera a risarcire ben 26.000,00 euro all'Andi sezione provinciale di Torino.**

In questo caso la vicenda trae origine dalle indagini penali svolte dalla Procura presso il Tribunale di Pinerolo che avevano appurato che l'indagato aveva effettuato dal 1992 al 2005 prestazioni che non avrebbe potuto eseguire perché non laureato.

Ventisette i pazienti, nel corso delle indagini, che il falso odontoiatra aveva curato con prestazioni da dentista, utilizzando fra l'altro anestetici, eseguendo radiografie e devitalizzando denti.

**L'Andi sezione provinciale di Torino provvedeva a citare** davanti il Tribunale Civile di Pinerolo l'**odontotecnico** al fine di vedersi riconoscere il danno da immagine, **ottenendo la condanna dell'abusivo al risarcimento del danno arrecato all'Andi quantificato nella somma di Euro 26-000,00, oltre al ristoro delle spese legali del giudizio.** Come già detto, la Corte d'Appello ha confermato la sentenza del Tribunale di Pinerolo.

Ciò che è particolarmente apprezzabile, dal punto di vista giuridico, è il riconoscimento della legittimazione attiva in capo all'A.N.D.I. La Corte infatti ha statuito il principio secondo cui **"le associazioni di categoria sono enti di fatto, rappresentativi degli iscritti**, ed ai fini della legittimazione attiva è sufficiente lo prospettazione della lesione di una situazione giuridica soggettiva, giuridicamente apprezzabile, in capo alla categoria rappresen-

tata": avendo cura di rammentare di seguito che "l'Andi è il sindacato maggiormente rappresentativo dei dentisti italiani".

Ciò sta a significare che, a fronte del numero sempre maggiore di falsi odontoiatri che esercitano abusivamente la professione, l'Andi è legittimata ad agire in via giudiziale per la tutela dell'immagine della categoria, domandando la condanna

**del medico abusivo al risarcimento del danno patito.**

Si tratta di una novità di non poco conto, che permette all'Andi quale ente esponenziale della categoria dei dentisti, di combattere ancor più l'abusivismo e di tutelare la reputazione e il decoro dei professionisti regolarmente iscritti all'Albo.



## CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONE MEDICA E RESPONSABILITA': L'INDAGINE PENALE

Sala convegni Ordine dei Medici  
Perugia sabato 1 dicembre 2012 ore 8.00  
(6 crediti ECM)

**ORE 8.00** Registrazione dei partecipanti

**ORE 8.30 – 11,30** Prima Sessione

- Fatti procedibili a querela e fatti procedibili d'ufficio
- Gli accertamenti del Pubblico Ministero
- Informazione di garanzia e diritto alla difesa

**Dott.ssa Manuela Comodi**

- Discussione

**ORE 11,30 – 12,00** Intervallo

**ORE 12,00 – 14,00** Seconda Sessione

- Facoltà della persona offesa e costituzione di parte civile
- Rapporto tra azione civile nel processo penale e causa civile.

**Dott. Umberto Rana**

- Discussione

**ORE 14,00** Questionario di Apprendimento

**ORE 14,30** Chiusura Lavori.



## CORSO DI AGGIORNAMENTO ATTUALITA' IN FARMACOVIGILANZA

Sala convegni Ordine dei Medici  
Perugia sabato 12 gennaio 2013 ore 8.00

**Introduzione obiettivi del corso** (prof. C. Fiore)

*Moderatori: dott. G. Conti, prof. C. Fiore*

**Perché la farmacovigilanza** (prof. C. Riccardi)

**Leggi e norme che regolano la segnalazione delle Reazioni Avverse da Farmaci**

(dott.ssa L. Paglicci Reattelli)

Discussione in plenaria

**La patologia iatrogena: inquadramento, epidemiologia e costi** (prof. I. Nicoletti)

**Le Reazioni Avverse da Farmaci in ambito ospedaliero** (prof. P. Bucaneve)

**Le Reazioni Avverse da Farmaci in medicina generale** (dott. D. Parretti)

Discussione in plenaria

**Conclusioni** (dott. G. Conti)

**In corso di accreditamento ECM**



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

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

Perugia, li 16 ottobre 2012

Prot. 3006  
Rif. N.

Allegati  
del

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

**- LORO SEDI -**

**OGGETTO:** Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

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

**L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE**

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.  
Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131 il giorno sabato 15 dicembre 2012 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

**DOMENICA 16 DICEMBRE 2012 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE**

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

**ORDINE DEL GIORNO:**

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2011, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2012, Approvazione Bilancio Preventivo 2013 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE  
(Dott. Graziano Conti)



IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

**DELEGA**

IL/LA DOTT./DOTT.SSA \_\_\_\_\_

A PARTECIPARE ALL'**ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE** DEGLI ISCRITTI ALL'**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_