



Bollettino

04/2012

01/2013

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 04/2012 - 01/2013



Bevagna

i n d i c e

O TEMPORA O
MORES

pagina 3

SPENDING
REVIEW

pagina 5

GROUPON
E LE SUE SORELLE

pagina 16

LA RETE
ONCOLOGICA
REGIONALE

pagina 20

CONVEGNO
ANDI

pagina 44

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 04/2012 - 01/2013

Sommario

O TEMPORA O MORES!	3
SPENDING REVIEW	5
IL 62% DI ASL E OSPEDALI SENZA ASSICURAZIONE	6
LETTERA MEDICI LEGALI	7
COME DIFENDERSI DALLE TONSILLECTOMIE	9
IMPOSTA DI BOLLO SULLE ISTANZE	10
EIACULAZIONE E QUALITÀ	11
GLI OMEGA-3: ULTERIORI INDICAZIONI	13
GROUPON E LE SUE SORELLE	16
LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE DELL'UMBRIA	20
SIGARETTE ELETTRONICHE	23
RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2011, ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2012, BILANCIO PREVENTIVO 2013	24
LA RELAZIONE DEL PRESIDENTE	28
CONSEGNA MEDAGLIE PER I 50 ANNI DI LAUREA	33
CONVEGNO ANDI	39
DALLA FNOMCEO	45
ISDE	46
CORSO DI AGGIORNAMENTO AUDIT CLINICO	46
IL BURNOUT DEL MEDICO	47

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 - segretario@ordinemediciperugia.it
uffici@ordinemediciperugia.it - commissioneodo@ordinemediciperugia.it
previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it



O TEMPORA O MORES!

Dott. Tiziano Scarponi

Come sempre capita da un po' di anni a questa parte, l'autunno propone una miriade di eventi ECM. Quasi ogni sabato, infatti, l'agenda offre corsi e congressi di diversi argomenti e discipline che, oltre a costituire dei validi momenti formativi, sono occasione per incontrare colleghi che non vedi magari da qualche tempo. Sono di solito colleghi che operano in comuni abbastanza lontani dal capoluogo, in realtà rurali e di piccolo paese e che ti danno la possibilità pertanto di poter tastare il polso a quello che accade e su che tipo di aria si respira in periferia.

“Caro Tiziano, se Dio vuole fra due anni, andrò in pensione. Perché vedi questa di adesso, non è più la mia medicina! La medicina per la quale avevo studiato, la medicina di famiglia per la quale a suo tempo avevo scelto di lasciare la città per trasferirmi quasi sulle creste dell'Appennino. Fino a qualche anno fa ero il Dottore del paese, tutto mi veniva detto. Ero chiamato dalla gente per risolvere problemi di salute, per sedare liti familiari e persino per dare consigli su acquisti importanti. Se arrivavo a domicilio del malato durante l'ora del pranzo, era quasi obbligo mettersi a tavola con loro, ed ora? La mia preoccupazione più grossa è come difendermi da loro, è come evitare di incappare in eventuali denunce o maldicenze, ma si può andare avanti così?”

Non nascondo di essere rimasto perplesso nel sentire queste parole proferite da un collega che ricordavo, ai tempi dell'università, brillante e preparato. Che per di più lavora in “campagna” dove davo per scontato

la persistenza di certi rapporti e relazioni umane, ma evidentemente la globalizzazione travolge tutto e tutti.

Anche questo medico di medicina generale pertanto, va ad accrescere la schiera di quelli che affermano che ormai la medicina di famiglia non è più quella di una volta, che non ne vale più la pena, che per colpa di qualcuno la nostra professione è screditata e oramai *non ci resta che piangere*. Le colpe di tale trasformazione sono addossate alle sigle sindacali che non hanno avuto la fermezza nelle trattative, all'Ordine dei Medici che non è stato in grado di vigilare, alle Società Scientifiche che hanno proposto modelli assistenziali ed operativi che di fatto stanno “prostituendo” la professione..... Ed io stesso che in un certo qual modo rivesto od ho rivestito tutti questi ruoli istituzionali sono spesso guardato con sospetto e vengo “recuperato” solo a livello personale.

Non mi sento assolutamente sul banco degli imputati e non ho certo bisogno di arringhe difensive, mi piace, però, lasciarmi andare ad alcune considerazioni fatte un po' a ruota libera.

La medicina di famiglia di adesso non è più quella di una volta. Senza dubbio è vero, ma invertiamo i termini: la famiglia di adesso è più quella di una volta? Da quando quelli della mia generazione hanno iniziato a lavorare, fine anni '70, quanto è cambiata la nostra società, la nostra città, la nostra comunità? Non sono in grado di analisi e studi sociologici o antropologici, ma basta riportare degli spaccati di vita quotidiana, che sembrano banali, ma per un occhio più

attento, possono costituire dei campioni rappresentativi del cambiamento dei tempi. E' l'inizio di una domenica pomeriggio come tante e sono seduto sulla mia poltrona rilassato e appisolato davanti ad un televisore acceso che trasmette un programma che assolutamente non seguo. Arriva mia figlia quattordicenne con il "tablet" aperto che mi chiede di acquistarle con la mia carta di credito il biglietto di un film che fra un'ora circa sarà proiettato presso la multisala cinematografica di Ellera di Corciano. Faccio tale prenotazione potendo scegliere anche la poltrona vicina a quella prenotata dalla sua amica e fra uno sbadiglio ed una raccomandazione l'accompagno con l'auto alla sopraddetta struttura. Durante il tragitto è tutto uno "smesaggiamento" con il suo telefonino per radunare la tribù degli amici e mentre mi saluta e scende dall'auto la osservo confondersi con la folla variegata e multicolore degli adolescenti.

Mentre ritorno, rifletto su come sia mutata la modalità dell'andare al cinema rispetto ai miei tempi, perché è vero che mia figlia va al cinema come facevo spesso anche io di domenica pomeriggio, ma quante cose sono cambiate? Innanzitutto il ruolo del centro storico della nostra città. La tecnologia che permette di sapere quali film siano in programmazione e la possibilità dell'acquisto del biglietto che eviti le code al botteghino. Il modo di fissare l'incontro con gli amici ed altro. Io andavo al centro con l'autobus o a piedi, il più delle volte ignorando quale film avrei visto perché sarebbe stato deciso insieme al gruppo di amici, dopo una lunga trattativa, nel luogo d'incontro usuale: davanti al bar Medio Evo di Corso Vannucci.

L'inferenza di tali cambiamenti si commenta da sola. Allora io mi chiedo e domando soprattutto ai colleghi di medicina generale che accusano il sindacato, l'ordine dei medici e le società scientifiche di non essere state in grado di "impuntare i piedi" per impedire la deriva o meglio, impedire che cosa? Il cambiamento dei tempi? L'evoluzione della società e del mondo?

Perché troviamo normale il cambiamen-

to che c'è stato in questi ultimi trenta anni quando entriamo in una banca, in un ufficio postale, all'anagrafe o semplicemente nel vedere il cruscotto della nostra auto ma si urla al sacrilegio se si deve cambiare il nostro ambulatorio ed anche il nostro modo di lavorare? Ed il peggio (o il meglio) poi deve ancora venire!

L'onorevole Barani, relatore alla camera del decreto che porta il nome del nostro ex ministro della salute Balduzzi, nel commentare l'articolo 1 che prevede il riordino dell'assistenza primaria, ha usato queste parole: "... Quindi, con queste riorganizzazioni noi crediamo di aver portato avanti una rivoluzione copernicana nella sanità, nel senso che non vi è più un rapporto paziente-medico, ma un rapporto paziente-strutture multidisciplinari, aggregazioni" che pone la parola Fine sul rapporto medico paziente spostando la scelta del medico non più ad *perso- nam* ma vs. *struttura*."

Rinuncio a commentare tale proposizione con la speranza che si possa sviluppare un dibattito vero sulle conseguenze di tale affermazione di principio, mi preme, però, porre l'accento su due punti tralasciando di proposito gli aspetti economici, di risorse, di organizzazione che per assurdo considero risolti.

1) E' pensabile perdere la propria identità individuale uniformandosi ad una struttura e rimanere liberi professionisti?

2) La perdita del rapporto paziente-medico non potrà provocare anche la perdita del rapporto medico-paziente?

Quello che è certo che questa rivoluzione copernicana dovrà comportare una completa riscrittura della medicina generale da come viene praticata oggi e se questa porterà ad un miglioramento, come al solito solo il tempo potrà dirlo. Il tempo.....ma che è il tempo?

"Quid ergo est tempus? Si nemo ex me quaerit, scio; si quaerenti esplicare velim, nescio" (S. Agostino, Confessioni, libro XI, 14,17)

Che cosa è dunque il tempo? Se nessuno me lo chiede lo so, se qualcuno mi chiede di spiegarlo lo ignoro.



SPENDING REVIEW (ma finalmente a favore del contribuente)

Dott. Graziano Conti

Coloro che hanno partecipato il 16 Dicembre 2012, all'ultima assemblea ordinaria annuale, ricorderanno che al momento della presentazione del Bilancio Preventivo 2013, il Tesoriere dott. Antonio Montanari, nel commentare gli ottimi risultati conseguiti in questi anni, avanzò l'ipotesi di una possibile riduzione della quota ordinaria annuale.

Nel mio intervento, nella stessa occasione, ho ripreso l'argomento assumendo l'impegno di una valutazione della proposta in tempi brevissimi, nella sede opportuna, quella del consiglio. Il Consiglio Direttivo, nella prima seduta utile, quella del 14 gennaio, ha esaminato la proposta, ha valutato la situazione economica complessiva dell'Ordine e ha tempestivamente deliberato la riduzione della quota da 110 a 100 euro per gli iscritti singoli e da 220 a 200 euro per i doppi iscritti, già a partire dai prossimi ruoli, in riscossione nel mese di marzo.

Partivamo già da una quota molto bassa. Tra le più basse, o forse la più bassa d'Italia, al pari con Milano, che però ha oltre cinque volte i nostri iscritti. A puro titolo di cronaca negli Ordini vicini le quote oscillano dai 150 €. di Arezzo ai 185 di Terni, ai 165 di Ancona, ai 180 di Viterbo, mentre in altre province, come Alessandria o Belluno si superano tranquillamente i 200 €. (220 e 215 rispettivamente).

Certamente ci sarà qualche collega che obietterà che non si tratta di una riduzione significativa e che non risolve certamente i problemi dei medici. In termini assoluti non gli si può dare torto. Dieci o venti euro non risolvono i problemi di nessuno. Vorrei far comunque notare che, in termini relativi, una riduzione del dieci per cento (che diventa dell'11,50% se calcolata su quello resta all'Ordine, detratti i 23 €. che, per

ogni iscritto, vanno alla Federazione Nazionale) non è sicuramente da disprezzare e soprattutto, in un periodo di disagio economico è un segnale, non trascurabile.

Nella campagna elettorale i nostri politici ci hanno fatto grandi promesse, assicurandoci la riduzione o addirittura la restituzione di varie tasse. Tutto da vedere. Noi intanto lo abbiamo fatto direttamente, senza promesse inutili. Come peraltro, a suo tempo, avevamo deciso di non istituire, come pochi altri Ordini, l'Indennità di Carica.

Credo che questa riduzione sia ancora più significativa perché viene dopo la nuova sede, l'estinzione con dieci anni di anticipo del mutuo a suo tempo contratto per acquistarla, l'implementazione dei servizi ed il nuovo arredamento con le relative dotazioni informatiche, di proiezione e l'impianto acustico della sala delle riunioni.

Non chiediamo riconoscimenti o ringraziamenti ma vorremmo ribadire che ciò è stato possibile perché il nostro è un bilancio in ordine, con i necessari accantonamenti per il personale e un adeguato fondo cassa che ci consente di operare con tranquillità.

Chi ci ha preceduto aveva già impostato ottimamente e con rigore tutta la parte amministrativa. In questi ultimi anni abbiamo cercato di consolidare i risultati raggiunti, continuando ad offrire servizi agli iscritti nel rispetto dei criteri di economicità.

La legge istitutiva stabilisce che il consiglio fissa la quota, unica e indivisibile, in misura tale da sopperire esclusivamente alle esigenze dell'Ordine.

E' quello che ci siamo impegnati a fare e che, anche in questa occasione, abbiamo fatto.



Il 62% di ASL e ospedali senza assicurazione per colpa grave

FONTE: Adnkronos Salute, 19/12/12

Manca in oltre il 62% delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane la copertura assicurativa per i sinistri derivanti da colpa grave. Parallelamente, crescono del 4,6% annuo i premi assicurativi che le aziende pagano alle compagnie, in conseguenza di un altrettanto marcato aumento delle richieste di risarcimento. Ma calano del 75% i danni liquidati. E' quanto emerge da uno studio statistico realizzato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali sulla base di 169 risposte a questionari appositamente formulati e inviati, presentato alla Camera.

Altissimo, rivela l'indagine, l'incremento dei premi assicurativi versati: tra il 2006 e il 2011 è stato del 23%, mentre l'aumento medio annuo risulta appunto del 4,6%. Si è passati da 288 milioni di euro complessivamente versati nel 2006 a 354 milioni del 2011. Il premio medio annuo assicurativo pagato dalle aziende sanitarie a livello nazionale è passato da 2 milioni di euro nel 2006 a 2,7 nel 2011, con un incremento del 35%. Sensibile inoltre l'incremento delle richieste di risarcimento, pari al 24%. Quelle pervenute alle compagnie dal 2006 al 2011 sono state 82.210, con una media annuale di 13.702 richieste. I danni liquidati, invece, calano. Nello stesso intervallo temporale, gli importi pagati per risarcimento dalle compagnie assicuratrici sono passati infatti dai 191 milioni del 2006 ai 91 milioni del 2011, con una riduzione del 75%. In

particolare, nel Nord Ovest i pagamenti sono scesi da 68 milioni a 11 milioni, arrivando a un sesto del valore di 5 anni prima.

Confrontando i premi versati dalle aziende sanitarie e gli importi pagati per i risarcimenti da parte delle compagnie si riscontra dunque una forbice che, nel periodo 2006-2011, evidenzia un andamento abbastanza stabile e comunque poco crescente fino al 2008, registrando invece un aumento dal 2009, in conseguenza dell'aumento dei premi versati e della diminuzione del pagato, evidenzia la commissione.

La commissione denuncia che nel nostro Paese la giurisdizione in campo medico - che risale, in pratica, al Codice Rocco del 1930 - manca del tutto di adeguata specificità. L'Italia, insieme al Messico, è l'unico Stato a non prevedere il reato di 'colpa medica' e, in Europa, è l'unica Nazione, insieme alla Polonia, a prevedere la perseguibilità penale degli errori clinici. Ciò significa che l'atto medico, di fatto, è equiparato a un atto di delinquenza comune. In realtà, però, dei tantissimi processi penali avviati - come risulta da un'indagine condotta dalla Commissione parlamentare di inchiesta nel 2011 - la quasi totalità si **conclude con l'archiviazione**: ben il 98% dei procedimenti per lesioni colpose e ben il 99% dei procedimenti per omicidio colposo.



LETTERA MEDICI LEGALI

L'articolo del professor Paolo della Torre "Sospendo l'attività di chirurgo ortopedico" pubblicato nell'ultimo bollettino dell'ordine ha suscitato in un nutrito gruppo di colleghi medici legali una forte reazione di dolore ed indignazione illustrata nella lettera che segue e che pubblichiamo per intero. Sono e siamo convinti che ogni volta che si generalizzi si faccia torto ad una intera categoria di cui si riconosce e si apprezza in maniera unanime la professionalità ed il valore. Sono e siamo ulteriormente convinti che poi ogni valutazione e considerazione debba essere inquadrata nella giusta cornice di contesto nella fattispecie, riconosciuta anche dai medici legali, di sfogo e pertanto comprensibile e capibile

Quello che mi e ci lascia un po' perplessi, dal momento che vengono espresse delle considerazioni a carattere generale e non personali, è il tipo di reazione quasi di "lesa maestà" con cui si replica all'articolo ed alla decisione di averlo pubblicato. E' vero che nella seconda pagina del Bollettino c'è scritto che la Redazione "si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato...", ma ciò riguarda le caratteristiche degli articoli, la loro lunghezza, le ricordanze bibliografiche e la frase non va certo intesa come una forma di censura preventiva.

Ovviamente non tutto è pubblicabile e non tutto in effetti viene pubblicato, ma da quando è stato costituito l'attuale comitato di redazione si è cercato di dare ampia libertà, purchè opinioni non travalicassero i confini della correttezza e della buona educazione.

Va inoltre segnalato, per evitare una lettura alterata, che certi interventi vanno sempre sotto il titolo: RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO e che le norme redazionali terminano con questa frase:

"Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali".

Dott. Tiziano Scarponi

Spettabile Consiglio,

i sottoscritti medici chirurghi, specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni, intendono, con questa nota, replicare all'articolo, a firma del prof. Paolo della Torre, pubblicato sul Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia n°3 del 2012, intitolato "Sospendo l'attività di chirurgo ortopedico". L'articolo, proponendo alcune sue riflessioni sullo stato attuale della responsabilità professionale medica, sottolinea che molto spesso l'insuccesso terapeutico in una determinata evenienza clinica, si trasforma in condotta colposa in quanto così lo può definire "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...". Vogliamo chiarire che, nei casi di responsabilità professionale, la figura del medico legale è sempre affiancata a quella dello specialista nella disciplina che inerisce il caso trattato per valutare aspetti tecnici che implicano conoscenza approfondite che solo lo specialista in quello specifico settore possiede. Il medico-legale formula le sue osservazioni sulla base del parere che lo specialista esprime e, dopo un'analisi critica del caso collegialmente effettuata, valuta la sussistenza di profili di responsabilità tali da giustificare una richiesta di risarcimento, in sintesi ogni caso viene esaminato secondo un criterio di scientificità che è ben lungi, quindi, da un agito "incompetente". Il nostro lavoro è sempre compiuto nel pieno rispetto delle altre specializzazioni cui riconosciamo la dignità di discipline autonome complesse ed alle quali ci avviciniamo, quindi, con la piena consapevolezza dei nostri limiti. Forse tale consapevolezza non caratterizza la condotta di quanti, non specialisti in medicina legale o comunque formati a questa disciplina, ritengono di poterla esercitare senza la specifica competenza con i risultati distorti che la nostra attività ci permette di verificare quotidianamente. Proprio perché si cerca di operare, così come descritto, nel miglior modo possibile, combattendo le incompetenze, lavorando di concerto con gli altri specialisti e consapevoli della delicatezza del nostro ruolo, duole e indigna essere considerati "incompetenti", così come duole e indigna essere considerati pronti " a sostenere qualsiasi tesi secondo la volontà del committente", vedere la professionalità medico-legale svilita ad una attività puramente mercenaria, con una generalizzazione di giudizio che offende i Medici Legali come professionisti e la Medicina Legale come disciplina.

Chiarito questo in relazione ai contenuti dell'articolo che vogliamo, comunque, considerare lo sfogo personale di un singolo professionista, ciò che, non di meno, sconcerta è che tale personale, negativa opinione nei confronti di una intera categoria di medici specialisti, abbia potuto trovare accoglimento nel Bollettino che costituisce il canale ufficiale di divulgazione dell'Ordine professionale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, ente che ha tra i suoi compiti fondamentali quello di tutelare il decoro della professione medica e la reputazione di chi la esercita. Approvando la pubblicazione dell'articolo la Redazione del Bollettino, che pure "si riserva di pubblicare il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali", (pag. 2 del Bollettino), ha consentito di divulgarne il contenuto lesivo della professionalità dei medici legali, quella professionalità che l'Ordine stesso avrebbe avuto il compito di tutelare. Per tale motivo facciamo richiesta a che, la prima parte di questa nota venga pubblicata sul prossimo numero del Bollettino dell'Ordine in qualità di replica e rettifica ad un articolo i cui contenuti riteniamo gravemente lesivi della nostra professionalità.

Dott.ssa Marina NENCI, prof. Mauro BACCI, dott. Riccardo ROSSI, dott. Valter PATUMI, dott. Giorgio ORICCHIO, dott. Eleonora LUMARE, dott. Paolo PASCUCCHI, dott. Marco Maria LINI, dott.ssa Federica CORRIDONI, dott. Mauro PALTRACCA, dott. Marcello MENCACCI, dott. Filippo FIORANI, dott.ssa Francesca BARONE, dott.ssa Alessandra BONCI, dott.ssa Ludovica PIERONI, dott.ssa Anna Maria VERDELLI, dott. Francesco PELLICCIA, dott.ssa Lorenza BIANCHINI, dott. Luca LALLI, dott. Luca PISTOLESI, dott. Antonio BODO, dott.ssa Elena CUTINI, dott.ssa Monica SALCIARINI, dott.ssa Giulia CECCARELLI, dott. Alessio COLETTI, dott.ssa Cinzia MARTELOTTO, dott. Giulio ROSSI, dott. Luigi MIGNI, dott.ssa Paola ROSSI, dott. Sergio SCALISE PANTUSO.



Come difendersi dalle tonsillectomie del terzo millennio

Dott. Marco Petrella

Nei primi anni cinquanta ero un ragazzino in una Napoli che mostrava senza pudori i guasti della guerra e la voglia di vivere. Papà, a seguito dei miei frequenti mal di gola e dei consigli dei soliti ben informati, mi portò da un "Professore", noto come il papà delle tonsille. Fui operato e non mi fu risparmiata neanche una brutta emorragia nella notte dopo l'intervento, con conseguenti fettine di carne di cavallo cotte a bagnomaria propinatemi nelle settimane dopo il ricovero.

Uscirà dopo oltre 40 anni, nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, un documento sulla "Appropriatezza della tonsillectomia e/o adenoidectomia". Ma la tonsillectomia non è più da tempo un intervento di sanità pubblica e già nel 1994 un giovane medico svizzero aveva condotto una brillante e provocatoria ricerca per dimostrare che i pazienti più informati, per esempio i parenti dei medici, già ricorrevano alla tonsillectomia molto meno della popolazione generale (Domenighetti G, Bisig BE. Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. *Lancet* 1995; 346: 1376).

Quanti interventi che hanno lo stesso cattivo rapporto costo-benefici e le stesse limitate indicazioni ci aspettano al varco? Certo molti di più che negli anni cinquanta. Una popolazione sempre più anziana, preoccupata per la propria salute, alle prese con le angherie della cronicità (dolori, limitazioni, timori), si aggira in un supermercato strapieno di proposte diagnostiche, terapeutiche, chirurgiche, tutte interne al mondo della sanità ufficiale, ma non tutte ugualmente adatte, utili e sicure per le specifiche situazioni dei singoli

pazienti. E lasciamo da parte le medicine alternative, che meriterebbero una analisi a se stante. Né affrontiamo quella zona grigia in cui si collocano innocui e non sempre inutili rimedi casalinghi e varie forme di apertura all'effetto placebo, che non meritano guerre di religione.

Il problema è, secondo me un altro. Il solo elenco positivo delle azioni efficaci lascia al di fuori di sé uno spazio troppo ampio per essere gestito con una serie di "no, questo intervento, farmaco, test, etc. non è di provata efficacia". Innanzitutto perché per tante altre azioni resta il dubbio (non è possibile provare l'efficacia, o non è stata ancora provata l'efficacia, non vuol dire che sia stata provata la inefficacia), ma anche perché l'ordine di priorità che regola la ricerca medica non sempre tiene conto delle domande dei pazienti. Abbiamo tante risposte per chi non si vuole ammalare, tantissime per chi può ancora guarire e ci stiamo attrezzando per gestire le grandi categorie della cronicità. ma abbiamo poche risposte valide per chi soffre ed è impedito e vorrebbe ottenere qualche miglioramento, o almeno convivere meglio con dolori e disabilità, o solo essere rassicurato su come non aggravarsi o rischiare eventi acuti. Pensiamo al famoso PSA: la ricerca scientifica non lascia nessun dubbio, per il momento, sul fatto che lo screening di popolazione venga bocciato dalla bassa specificità, dall'alta sovra diagnosi e dal forte peso che in queste condizioni assumono le possibili complicazioni dell'intervento. Ma chi spiega ai tanti signori di mezza età quale sia la condotta più razionale di fronte al pericolo di un tumore della prostata? Come se la

cavano i medici curanti? Chi ci difende dalle condotte più incaute?

E ancora, tornando al vecchio articolo di Domenighetti sulla tonsillectomia: siamo tutti uguali di fronte al rischio di interventi inefficaci, inappropriati, inutilmente pericolosi? Rischiano di più coloro che pensano di potersi pagare una migliore sanità e inseguono a caro prezzo l'ultimo ritrovato, l'intervento sperimentale, o quelli che si aggirano senza consigli validi nelle pieghe della sanità pubblica e convenzionata? Certo questi ultimi sono tanto più numerosi e abbiamo molte prove sul fatto che i più deboli sono sia svantaggiati nell'accedere alle azioni efficaci, sia più a rischio di interventi inappropriati.

Cosa propongo allora? La redazione di istruzioni semplici su cosa è ragionevole fare (o, soprattutto, non fare), sempre salvaguardando il miglior livello di qualità possibile, partendo da una serie di casi dubbi segnalati da utenti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori sanitari a maggior contatto con il pubblico.

Alla estensione di queste istruzioni si dovreb-

be chiamare certamente gli specialisti del settore, ma anche cittadini, esperti di qualità e di comunicazione, amministrativi, infermieri, fisioterapisti, etc.

Il prodotto dovrebbe essere qualcosa di sintetico, corredato di approfondimenti per chi vuol saperne di più e per gli operatori che devono essere ben preparati su tutti gli aspetti, disponibile presso tutti gli studi dei MMG e dei PLS e pubblicizzato tra gli utenti in modo che la maggior parte della gente sappia che esistono queste istruzioni, quali temi toccano e dove sono reperibili.

Non è un'idea mia. Qualcosa di molto simile è già in atto negli Stati Uniti con il nome di "CHOOSING WISELY", promosso da nove società scientifiche USA e da un'associazione di consumatori (vedi il sito: <http://choosingwisely.org/>) ed è stato ripreso da Slow Medicine con il progetto "**FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO**" (<http://www.slow-medicine.it/areetematiche/cure.php>). Forse una strada per coniugare risparmio, qualità ed equità.



Imposta di Bollo sulle istanze rivolte agli Ordini provinciali.

In ordine alla nota del 28 febbraio 2013 di codesto Ordine provinciale inerente alla fattispecie indicata in oggetto si rileva quanto segue.

- 1) Nell'ambito del procedimento disciplinare la richiesta dell'iscritto, volta a ottenere copia degli atti del suo deferimento, è esente dal campo di applicazione dell'imposta di bollo ai sensi dell'art. 3 - Allegato B - del DPR 642/72 e successive modificazioni e integrazioni.
- 2) La richiesta del medico volta all'acquisizione del PIN presentata all'Ordine è esente dall'imposta di bollo.
- 3) Tutti i certificati da utilizzare all'estero si rilasciano in bollo. Con riferimento al certificato di good standing si evidenzia che esso come tutte le certificazioni è assoggettato all'imposta di bollo, con l'esclusione dei casi di esenzione previsti dal D.P.R. 642n2 e da alcune leggi speciali.
- 4) Come già più volte chiarito, la normativa in materia di decertificazione prevede che nei rapporti con gli organi delle pubbliche amministrazioni e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di

notorietà. Conseguentemente a far data dal 10 gennaio 2012 le amministrazioni pubbliche (Ordini professionali) e i gestori di pubblici servizi non possono accettarli né richiederli, tanto più in quanto tali comportamenti integrano, per espressa previsione, violazione dei doveri d'ufficio ai sensi della nuova formulazione dell'art. 74, comma 2, lett.a), del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000. Pertanto gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni contenute nelle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47.

Inoltre, la mancata risposta alla richiesta di controllo sulle autocertificazioni entro trenta giorni costituisce violazione dei doveri d'ufficio e viene presa in considerazione ai fini della misurazione e della valutazione della performance individuale dei dipendenti pubblici responsabili dell'omissione. Di conseguenza gli Ordini provinciali non potranno rilasciare alle pubbliche amministrazioni e ai gestori di pubblici servizi certificati in cara libera.

5) I privati possono accettare le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atto di notorietà, ma non ne hanno un obbligo. Ciò detto, tutti i certificati rilasciati dagli Ordini a soggetti privati sono oggetto di imposta di bollo, salvo i relativi casi di esenzione previsti al D.P.R. 642/72 e da alcune leggi speciali.



EIACULAZIONE E QUALITÀ SPERMATOZOARIA NEI PAZIENTI CON LESIONE SPINALE

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

•F.Tiziani, •G.F.Brusco, *S.Biscotto,* R.Maschke

Le alterazioni della funzione sessuale nel paziente con lesione del midollo spinale dipendono essenzialmente dalla data del trauma, dal livello della lesione e dalla gravità della lesione. Due centri del midollo spinale a livello sacrale (S2-S4) e toraco-lombare (T11- L1) sono fondamentali per una corretta funzione sessuale. La lesione midollare completa a seconda del livello comporta una disconnessione di questi centri dal cervello e conseguentemente determina un'alterazione dell'erezione e dell'eiaculazione. Se la lesione midollare è incompleta, le disfunzioni potrebbero essere più sfumate.

L'eiaculazione nel paziente con lesione midollare, se non conservata, può essere provocata artificialmente mediante due tecniche, il vibromassaggio e l'elettrostimolazione. Tuttavia una eiaculazione anterograda è possibile nel 5% con lesione alta completa, nel 20% con lesione alta incompleta, nel 18% con lesione bassa completa e fino al 70% con lesioni spinali basse incomplete.

Vibromassaggio: la stimolazione vibratoria del glande del pene è efficace solo negli uomini con lesione superiore a T10, deve rappresentare il trattamento di prima scelta nelle forme di eiaculazione neurologica, essendo semplice, economico e sicuramente più " fisiologico " rispetto alle altre opzioni terapeutiche, infatti non richiede degenza, uso di farmaci o procedimenti chirurgici. E' possibile l'uso da parte del paziente dopo opportuno addestramento. L'unico possibile effetto collaterale del vibromassaggio è rappresentato dalla disreflessia autonoma (nelle lesioni sopra T6) e dall'edema del prepuzio. Controindicato è l'utilizzo nei pazienti con decubiti da T10 a S5, infezioni genito-urinarie in atto, lesioni cutaneo-mucose del pene. Il vibromassaggio induce eiaculazione anterograda o retrograda fino all'80%.

L'elettrostimolazione rispetto al vibromassaggio è una tecnica, più complessa e richiede personale

medico e paramedico, adeguatamente addestrato, il costo dell'apparecchiatura e della metodica è complessivamente alto, inoltre gli spermatozoi ottenuti hanno una scadente motilità, difetti funzionali, alterazioni morfologiche (difetti della coda e alterazioni della testa). La stasi seminale e l'invecchiamento degli spermatozoi è ritenuta causa di necrospermia. Infatti la percentuale di spermatozoi morti nei soggetti affetti da lesione vertebro-midollare è doppia rispetto ai controlli, non si correla al livello della lesione, è maggiore nella eiaculazione retrograda che in quella anterograda è maggiore quando lo sperma viene ottenuto con elettrostimolazione piuttosto che vibromassaggio (Brackett et al., 1997 - 1998). Gli spermatozoi ottenuti con tali metodiche sono utilizzati o criopreservati per tecniche di fecondazione assistita: intracytoplasmic sperm injection (ICSI) Chung et al., 1998, meno frequente è il ricorso ad inseminazione artificiale omologa (IAO). In tutti i casi di aneiaculazione non responsivi al vibromassaggio e all'elettrostimolazione si utilizzano tecniche chirurgiche di recupero di spermatozoi finalizzate alla procreazione medicalmente assistita quali: **TESA** (testicular sperm aspiration), **TESE** (testicular sperm extraction), **MESA** (microsurgical epididymal sperm). Le alterazioni seminali più frequentemente descritte nel paziente con lesione vertebro midollare sono: il calo della motilità rapidamente progressiva, meno frequentemente la riduzione della conta spermatica e l'incremento delle forme anomale. Vi è un accordo unanime nella Letteratura nel raccomandare una raccolta del liquido seminale dopo poche settimane dal trauma (Mallidis,1994; Biering-Sorensen, 2001) prima del verificarsi di un declino della spermatogenesi e della motilità degli spermatozoi eiaculati (Ohl et al., 2001). Tale dispermia è imputabile: 1) stasi del seme nelle vie seminali, anomalie della spermatogenesi, iper-

termia testicolare, infezioni recidivanti uro-genitali, anomalie dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadico, autoimmunizzazione antinemaspermica, alterazione del plasma seminale. I granulociti attivati da vari agenti patogeni o da citochine ed i macrofagi possono indurre la formazione di notevoli quantità di radicali liberi, i quali hanno la possibilità di danneggiare sia i tessuti del tratto genitale che la qualità del liquido seminale, attraverso un meccanismo di perossidazione della membrana dello spermatozoo. Da circa dieci anni esiste una fattiva collaborazione tra il Servizio di Diagnosi e Cura della Riproduzione Umana e l'Unità Spinale Unipolare. 30 pazienti hanno crioconservato il liquido seminale o

frammenti biotipici testicolari, ottenuto tramite vibromassaggio o intervento di TESE, con caratteristiche quantitative e qualitative discrete, per motivi di preservazione della fertilità o per la fecondazione assistita. Dei 30 pazienti, 10 pazienti erano coniugati e desiderosi di prole. Delle 10 coppie che hanno effettuato il trattamento ICSI (injection intracytoplasmic sperm) ben 3 coppie (30%) hanno avuto un figlio (una coppia gravidanza gemellare). Il raggiungimento di tale obiettivo è riconducibile alla stretta collaborazione tra i vari specialisti che lavorano in equipe multidisciplinare e multiprofessionale mettendo al centro la persona con lesione midollare e la sua partner.



DALLA FEDERAZIONE SANITARI IN PENSIONE E VEDOVE

NUOVO CONSIGLIO PER LA FEDER.S.P.E V. DI PERUGIA

La sezione FEDER.S.P.E V. - Federazione Sanitari in pensione e Vedove - di Perugia ha ricomposto il suo Consiglio provinciale e sta riorganizzando la sua attività, dopo un periodo di silenzio. Ne sono componenti: Norma Angelini Raggetti (ved.farmacista), Gaetano Collinvitti (medico), Alvaro Fioroni (veterinario), Maria Rita Meloni (ved.veterinario), Marcello Panti (medico), Marisa Salibra (ved.medico), Eva Suvieri (farmacista).

Abbiamo bisogno di aiuto e supporto di nuovi soci per procedere: attualmente gli iscritti della provincia di Perugia sono centoquaranta ma i nostri tabulati da qualche anno purtroppo non sono più stati aggiornati. Per questo ci rivolgiamo a tutti i medici affinché con il loro contributo la sezione di Perugia possa riprendere a funzionare in quella rete di solidarietà che per tanti anni l'ha distinta.

Gli scopi della FEDER.S.P.E V., che esiste da più di cinquant'anni, sono di difesa dei diritti dei Sanitari pensionati e Vedove a partire dai problemi pensionistici, particolarmente urgenti e complessi, fino a giungere alla elargizione di contributi a favore di coloro che versano in stato di necessità, prelevati dal *Fondo di Solidarietà*, senza poi trascurare i momenti di incontri culturali, aggregazione e di soste-

gno reciproco. I servizi diretti di FEDER.S.P.E V. comprendono **Consulenza Previdenziale, Consulenza Legale e Consulenza Fiscale** di cui si può usufruire mettendosi in contatto con la sede nazionale i cui riferimenti si trovano in **Azione Sanitaria**, rivista mensile spedita a tutti i soci che tiene costantemente aggiornati su tutte le iniziative dell'associazione. Ogni ulteriore informazione si può trovare sul sito www.federspev.it

Iscriversi alla FEDER.S.P.E V. - che non ha fini di lucro - è contribuire a realizzare gli intenti statutari - e particolarmente a rafforzare la sezione della provincia di Perugia - in questo momento di disagio sociale e di difficoltà, in cui le pensioni stanno progressivamente perdendo potere d'acquisto per il costante aumento dei prezzi.

La quota di adesione, che verrà direttamente detratta "se vuole" dalla pensione è di 4 euro mensili (2, 50 per le vedove) compilando la cartolina che si può avere scrivendo a Federspev.perugia@gmail.com oppure telefonando al numero **393 2820384** della sezione di Perugia.

Contiamo sul vostro appoggio!
Per il Comitato Provinciale di Perugia



GLI OMEGA-3: ULTERIORI INDICAZIONI

Dott. Francesco Gamuzza

Mentre è ormai confermato da molte evidenze cliniche il beneficio offerto dalla somministrazione quotidiana degli Omega-3 (acidi grassi polinsaturi essenziali) per la prevenzione e cura di molte malattie riguardanti il sistema cardiocircolatorio, non altrettanto diffusa è la conoscenza che tali sostanze risultano estremamente efficaci per la salute del nostro organo più importante rappresentato dal cervello. A tal proposito bisogna sottolineare che l'Anatomia e la Biochimica ci insegnano che esso è formato per circa il 60% da sostanze grasse e che tra queste risultano dominanti proprio gli Omega-3. La conseguenza naturale di questa asserzione è che le nostre strutture nervose, secondo la fisiologia, non possono funzionare al meglio in assenza di questi elementi nutritivi. Perché sono fondamentali? Perché compongono la parte più importante della cellula nervosa e cioè la sua membrana, la cui integrità e la sua plasticità risultano essenziali per il suo equilibrio nutritivo che si riflette sulla trasmissione interneuronale degli impulsi oltre che sulla regolazione della produzione di quelle sostanze neuro-modulanti denominate Serotonina e Dopamina, la cui riduzione dà luogo a molte disfunzioni del nostro Sistema Nervoso.

La farmacologia, soprattutto in questi ultimi anni, ha messo a punto numerose molecole chimiche, una fra tutte il gruppo degli antidepressivi come gli SSRI (Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina), che cercano in qualche misura di ovviare ad alcune disfunzioni di particolari aree

cerebrali, anche se presentano frequenti effetti collaterali; ma pur accettando queste innovazioni terapeutiche, tuttavia non è lecito trascurare le conoscenze offerte dalla Scienza dell'Alimentazione che ci suggerisce come è possibile incrementare l'azione di questi neuro-ormoni mediante un'alimentazione appropriata che comprenda la presenza di grassi essenziali Omega-3 a catena lunga che l'organismo umano è incapace di sintetizzare. Inoltre da uno studio clinico-sperimentale emerge che questi grassi aumentano il fattore di crescita BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) e cioè una sostanza che migliora il collegamento tra i neuroni proteggendo cellule e sinapsi con ripercussioni favorevoli su vari disturbi mentali (Stefanie Berger – 2012).

A questo punto desidero delineare brevemente la fisionomia biochimica non soltanto degli Omega-3, ma anche degli Omega-6 (ambedue acidi grassi insaturi essenziali a catena lunga) che producono effetti contrastanti sulla nostra salute. Per quanto riguarda i precursori di questi grassi, poiché l'organismo non li può auto-produrre, devono essere introdotti dall'esterno con alcuni alimenti particolari e cioè gli Omega-3 con la frutta secca (noci, mandorle, nocciole), alcuni legumi, alcune verdure a foglia larga, alcuni semi (lino e soia); gli Omega-6 con alcuni oli come quelli di mais, di arachidi (oltre che con la carne rossa e con i latticini sotto forma di acido Arachidonico). L'organismo, attraverso una catena di enzimi specifici, trasforma i pre-

cursori degli Omega-3 in EPA con le relative prostaglandine buone (PGE3) e in DHA (acidi grassi essenziali a catena lunga); quelli degli Omega-6 in Prostaglandine: alcune con effetti estremamente positivi (PGE1), altre con effetti nocivi (PGE2) sulla nostra salute. Data questa ambivalenza nella loro azione per ottenere un effetto di giusto equilibrio è necessario che le quantità introdotte rispettivamente di Omega-3 e Omega-6 mantengano un rapporto di 1 a 4. Attualmente in Italia nella nostra alimentazione purtroppo questo rapporto è di 1 a 10, negli USA è di 1 a 20. Un'altra fonte abbondante e naturale di EPA e di DHA è offerta da alcuni tipi di pesce come il salmone, tutto il "Pesce Azzurro" (alici, sardine, acciughe), lo sgombero e in minor misura il tonno, il merluzzo e altri ancora. Per mantenere questo patrimonio di Omega-3 il pesce deve essere consumato dopo breve cottura possibilmente non fritto; infatti le alte temperature e una cottura prolungata riducono notevolmente il loro contenuto. Come funzionano nell'organismo questi Omega-3? L'EPA rappresenta un fattore che migliora la circolazione in generale e quindi l'ossigenazione, in particolare, quella cerebrale ed è anche un importante fattore antinfiammatorio ed antitrombotico, oltre a possedere la proprietà di bloccare l'enzima specifico che promuove la produzione di prostaglandine nocive derivate dagli Omega-6; il secondo, il DHA, è in particolar modo attivo nel metabolismo della retina, delle gonadi e specialmente delle cellule cerebrali favorendo le interconnessioni neuronali e rendendo più "fluide" le loro membrane. Come conseguenza di questi effetti in un articolo "Nature Reviews Neuroscience", basato sulla revisione sistematica di 160 studi viene ribadito che consumare cibi ricchi di Omega-3 aiuta a prevenire disturbi come la demenza, la depressione nelle sue varie forme, i disturbi del comportamento, anche perché in queste affezioni la farmacologia tradizionale talvolta non è completamente efficace! A questo proposito Barry Sears, importante

nutrizionista di fama mondiale, afferma che la rivalutazione di questi Omega-3, utilizzati in dosi 5-6 grammi al dì, risulta curativo in alcune malattie mentali e fa regredire i sintomi anche quando non sono in fase iniziale. A conferma dell'azione favorevole sul tessuto cerebrale riporto uno studio di Eilander A. (2007) il quale somministrò ad un gruppo omogeneo di donne gravide per circa 20 settimane e per i primi tre mesi di allattamento 1,2 grammi/die di DHA e ad un altro gruppo circa 4,7 gr. di omega-6 e notò che i bambini erano normali alla nascita (EEG), ma quelli del gruppo di donne con supplementazione di Omega-3 manifestarono all'età di 4 anni una capacità cognitiva maggiore e un quoziente intellettivo di 4 punti superiore a quelli che appartenevano alle donne che avevano assunto soltanto Omega-6. Questi risultati ci confermano il tropismo cerebrale di queste sostanze oltre all'importanza dell'allattamento al seno; in definitiva avevano ragione le nostre mamme quando ci spingevano a mangiare il pesce nella convinzione che faceva bene al cervello; in passato l'effetto sembrava fosse dovuto al fosforo: il presupposto era sbagliato, ma l'intuito materno era corretto. Quale deve essere il consumo consigliato di Omega-3? Come preventivo circa mezzo grammo al giorno (con un rapporto di EPA e di DHA di 2:1), come curativo anche 6 grammi al dì magari aiutandosi con integratori di queste sostanze presenti nell'olio di pesce.

La conclusione del mio elaborato dovrebbe far riflettere tutti, ma in particolar modo noi medici, sulla necessità di aggiungere alla nostra alimentazione questi grassi buoni che la natura ha posto in semi vegetali quasi millimetrici e in piccoli pesci, ma che tanta importanza hanno per il nostro benessere.

Secondo gli studi di alcuni paleontologi da quando i nostri antenati, migliaia di anni fa, adottarono una alimentazione basata su alcuni tipi di pesci ricchi di omega-3 si è ottenuta, sul piano intellettuale, una continua evoluzione della specie umana fino ai

nostri giorni; è confortante sapere, almeno secondo il pensiero di alcuni nutrizionisti (Barry Sears -2003), che se questi alimenti faranno parte della nostra alimentazione abituale si avrà la possibilità di invecchiare con facoltà mentali migliori, di essere liberati, in molti casi, dalla sindrome ansioso-depressiva e dall'incombente peso di alcune malattie degenerative del cervello che oggi rappresentano uno spauracchio da allontanare dalla nostra esistenza forse in modo definitivo, almeno questa è la speranza di tutti.

Bibliografia:

Reiberg S. : Le Scienze, "Mente e cervello", Agosto 2012

Gomez-Pinilla F. : "Brain food", Nature Review Neuroscience, Vol. 9, 568, 2008

Barry Sears: La Zona Omega-3, Editori Sperling & Kupfer, 2003

Eilander A. "Effects of essential Fatty Acids", Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids: 76,4,2007

Panza F., Capurso C.: "Improvement with administration of Omega-3, Journal American Geriatric Soc.: 55, 469,2007



FNOMCeO - COMUNICAZIONE N.2

Legge di stabilità 2013. Studi medici e odontoiatrici che occupano fino a 10 lavoratori. Proroga autocertificazione dell'effettuazione del DVR al 30 giugno 2013. IRAP "istituzione di un fondo presso il Ministero dell'Economia" eventuale esenzione professionisti.

La legge 228/12 (Legge di stabilità 2013), entrata in vigore il 1° gennaio 2013, all'art. 1, comma 388, prevede la proroga al 30 giugno 2013 del termine dell'autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi.

La norma è di particolare rilevanza per tutti i titolari di studi medici e odontoiatrici che occupano fino a 10 lavoratori.

Inoltre si rileva che l'art.1, comma 515, della Legge 228/12 dispone che nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze sia istituito, a decorrere dal 2014, **un fondo finalizzato ad escludere dall'ambito di applicazione dell'imposta regionale sulle attività produttive**, di cui al decreto legislativo 15 dicembre 1997, n.446, le **persone fisiche esercenti le attività commerciali** indicate all'articolo 55 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n.917, e successive modificazioni, **ovvero arti e professioni, che non si avvalgono di lavoratori dipendenti o assimilati e che impiegano, anche mediante locazione, beni strumentali il cui ammontare massimo è determinato con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze.**

La dotazione annua del predetto fondo è di 188 milioni di euro per l'anno 2014, di 252 milioni di euro per l'anno 2015, e di 242 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016.

Di fatto la legge di stabilità 2013 prevede l'esclusione dall'ambito di applicazione dell'IRAP per le persone fisiche che svolgano una attività di impresa o di lavoro

autonomo a fronte di due requisiti:

- Il mancato impiego di lavoratori dipendenti o assimilati a questi;
- L'impiego anche mediante locazione di beni strumentali il cui ammontare massimo sia determinato con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

La portata di tale disposizione è di particolare rilevanza perché l'esclusione dei professionisti dall'IRAP viene definita di fatto con il decreto sopraccitato che determinerà il valore dei beni strumentali che danno diritto all'esenzione.

Si evidenzia però che tale normativa non entrerà in vigore nel breve termine e bisognerà quindi verificarne successivamente gli effetti pratici.

Infine l'art.1, comma 134, della Legge 228/12 dispone che **al fine di promuovere iniziative a favore della sicurezza delle cure** a attuare le pratiche di monitoraggio e controllo dei contenziosi in materia di responsabilità professionale, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano possono prevedere, all'interno delle strutture sanitarie e nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, **funzioni per la gestione del risk management** che includano, lavvode presenti, competenze di medicina legale, medicina del lavoro, ingegneria clinica e farmacia, secondo quanto suggerito anche dalla Raccomandazione n.9 del 2009 del Ministero della salute avente per oggetto "Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici apparecchiature elettromedicali".



GROUPON E LE SUE SORELLE

Dott. Andrea Donati

IN SINTESI: la liberalizzazione in ambito dell'informazione pubblicitaria ha dato il via ad una messe di iniziative promozionali alcune delle quali decisamente border line, se non sconfinanti aldilà del lecito e consentito. Molto di moda è la vendita di ticket prestazioni a prezzi ultrascontati (almeno l'ottanta per cento) tramite circuiti on-line (Groupon sopra tutti).

Alla luce del Codice Deontologico è inevitabile che emergano criticità nei confronti di queste iniziative, criticità che nonostante una diffusa opinione non contrastano con le leggi e più in generale le normative che attualmente regolano il settore, né con le interpretazioni fornite dalla giurisprudenza. Inoltre, e tristemente, non di rado si usano meccanismi che, celando o modificando alcune informazioni, attirano fraudolentemente il cittadino verso queste offerte apparentemente allettanti.

Comportamenti scorretti di questo tipo non potranno che essere passati attentamente al vaglio delle Commissioni Disciplinari Ordinarie.

LE LIBERALIZZAZIONI IN ITALIA

Agosto 2006.

Diventa legge, la n. 248/2006, il DL noto come decreto Bersani o decreto sulle liberalizzazioni, primo passo di un tentativo più o meno riuscito di ridurre o eliminare quei vincoli alla concorrenza in servizi e prestazioni in molti ambiti e settori del nostro paese, con lo scopo di avvicinare l'Italia al più aperto sistema europeo.

In medicina, come noto, ad essere colpito è

soprattutto l'ingessato ed ormai anacronistico sistema della pubblicità in campo sanitario, sistema che, se non altro, grazie ad una legge esaustiva e ad hoc (la mai sufficientemente rimpiaanta 179/92) e ad una serie successiva di decreti attuativi e pronunciamenti, in armonia con essa, era, seppur nella sua impietosa rigidità, chiaro ed inequivocabile. Il decreto Bersani apre una prima crepa nel sistema, con l'intento, evidentemente, di chiarirsi e completarsi nei mesi a venire.

Come italica abitudine un definitivo ed esaustivo inquadramento della materia non avrà mai luce, tant'è che a sei anni di distanza e nonostante numerosi pronunciamenti della magistratura e della Cassazione, nonostante il susseguirsi di leggi e leggine di vario grado, il quadro normativo è ben lungi dall'essere di interpretazione condivisa, lasciando nella confusione sia chi la pubblicità ha intenzione di effettuare sia chi dovrebbe valutarne e giudicarne la correttezza.

Conseguenza di ciò il messaggio che proclami vari hanno fatto giungere al sanitario è che oggi tutto è permesso e nulla più è contra legem, con la conseguenza che, complice la crisi, la pleora, la alerenativa fornita delle strutture pubbliche, i centri in franchising, i low cost e l'agguerrita concorrenza estera, è tutto un fiorire di proposte promozionali che non di rado sfiorano il paradossale e l'orrido. Una iniziativa assai di moda è quella di "vendere" prestazioni con sconti superiori all'ottanta per cento tramite siti specializzati. Il capostipite, l'americano Groupon, ha messo a punto un collaudato il meccanismo che naturalmente ha immediatamente suscitato la

nascita di cloni pronti a buttarsi nell'affare fiutandone la convenienza.

IL SISTEMA GROUPON

Il meccanismo è semplice: il professionista propone a Groupon (o chi per lui) la vendita di un certo numero di ticket prestazione con sconti, appunto, di almeno l'ottanta per cento rispetto alla "propria" tariffa di riferimento; Groupon inserisce la proposta nel proprio sito ed invia un alert agli iscritti alle proprie mailing list.

Il paziente compra il ticket e si reca dal professionista che effettua la prestazione. Groupon rigira parte dell'incasso del ticket (generalmente il 50%, detratta preventivamente l'IVA) al professionista. Vantaggi per Groupon (il famoso "terzo lucrante") evidenti: incassi frazionali di ticket semplicemente per un servizio di intermediazione.

Vantaggi per il professionista (?): una nuova teorica pazientela (molto teorica, in realtà, visto che la maggioranza di questi è costituito da "pazienti migranti", che non cercano la qualità o un professionista a cui affidarsi, ma la semplice offerta iperscontata a cui immediatamente aderire, salvo poi migrare alla successiva e così di seguito) fonte di potenziali introiti.

L'ATTUALE LEGISLAZIONE

L'attuale punto di riferimento è il recente DPR 137 del 7 agosto 2012, che riprende e regola il DL 138 del 13 agosto 2011 convertito, con modifiche, dalla legge 148 del 4 settembre 2011, in cui all'art. 4 si dice "1. È ammessa con ogni mezzo **la pubblicità informativa** avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione la struttura dello studio professionale ed i compensi richiesti per le prestazioni. 2. La pubblicità informativa di cui al comma 1. **deve essere** funzionale all'oggetto, **veritiera e corretta**, non deve violare l'obbligo del segreto professionale [e ci mancherebbe pure (ndr)] **e non deve essere equivoca ingannevole denigratoria**. 3. La violazione della di-

sposizione di cui al comma 2. **costituisce illecito disciplinare ...**".

Non sono certo un giurista e non voglio certo addentrarmi in analisi che non competono, tuttavia si noti la forma del DPR: si esordisce con "È ammessa..." implicitamente riconoscendo non che, come normalmente accade, tutto ciò che non è esplicitamente vietato è consentito (come in un normale stato di diritto), ma che esiste un quadro normativo altro e antecedente che vieta qualcosa, divieto su cui lo Stato si pronuncia limitandolo e delineandolo; tale quadro normativo, riconosciuto come elemento di riferimento, spazia dalla già citata 175/92 sino al nostro Codice Deontologico.

Pare dunque implicito che gli eventuali limiti e divieti sanciti dal nostro Codice di Deontologia Medica, ove, ovviamente, non in contrasto con le normative di grado superiore, siano pacificamente applicabili. Ed il Codice Deontologico seppur nato come enunciazione di principi generali, presenta numerosi passaggi in cui, appunto, tali iniziative di "vendita di prestazioni a tariffe iperscontate" paiono questionabili

LE CRITICITÀ DEONTOLOGICHE

1) In tempi andati sicuramente la professione medica era considerata dalla cittadinanza e dai suoi stessi rappresentanti una professione sicuramente nobile, non cui Decoro e Dignità, si diceva, costituivano un cardine attorno a cui doveva ruotare l'attività del sanitario.

Il concetto, seppur ormai vituperato e da più parti attaccato, seppur necessitante di revisione con il trascorrere dei tempi, seppur di interpretazione assai soggettiva, è indubbiamente ancor'oggi forte e presente nel Codice Deontologico ("...Il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al **decoro e alla dignità** della stessa..." (art.1); "...ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al **decoro** o al corretto esercizio della professione, sono punibili..." (art. 2)), e ribadito in tema di onorari e pubblicità ("La pubblicità dell'informazione...non può prescindere ... da

principi ... di **decoro** professionale” (art.56), “... Fermo restando il principio dell’intesa diretta tra medico e cittadino e nel rispetto del **decoro** professionale, l’onorario deve essere commisurato...” (art.54)). Parlare di tariffe (e giammai di onorario) nei termini proposti e con i toni usati come se si vendessero mele al mercato, con tutto il rispetto per i venditori di mele, qualche “lieve” perplessità in tal senso la solleva. E non ci sarebbe bisogno neanche di scomodare dignità’ e decoro, ma solo e semplicemente di basilare decenza. E non si dimentichi che, nonostante le posizioni dell’Autorità Garante per la Concorrenza sul Mercato, il Decoro e Dignità sono e restano argomenti oggetto di valutazione ordinistica: a tal riguardo va citata la sentenza della Corte di Cassazione in cui il Decoro e Dignità della professione, (tra l’altro espresso in merito all’uso di slogan in una forma di pubblicità, quella avvocatizia, che, parimenti alla nostra, DEVE essere SOLO informativa) costituisce appunto argomento di valutazione degli Ordini Professionali (Cassazione sez. unite n, 23287 18.11.2010), il tutto in armonia con il DLsg 59/2010 il quale recita “i codici deontologici assicurano che le comunicazioni ... sono emanate nel rispetto delle regole professionali ... riguardanti, in particolare ... la **dignità** ... della professione.”(art. 34 comma c).

2) Perplessità da sempre esistono su fatto che le tariffe, che legittimamente possono costituire elemento di pubblicizzazione, possano viceversa essere di fatto l’unico elemento pubblicizzato. Nell’ottica del Codice Deontologico (“...è indispensabile che l’informazione ... non sia arbitraria e discrezionale...” (art. 56)) e sulla scorta delle linee guida conseguentemente tracciate (“... fermo restando che le caratteristiche economiche di una prestazione non devono costituire aspetto esclusivo del messaggio informativo...” (PUBBLICITA’ Dell’informazione Sanitaria – Linea-Guida Inerente L’applicazione Degli Artt. 55-56-57 Del Codice Di Deontologia Medica)), la Federazione è sempre stata del parere che un messaggio che pubblicizza alcuni aspetti, celandone altri, sia di fatto qualcosa che

assomiglia di più alla cosiddetta pubblicità commerciale, che è per sua natura parziale e promozionale (“... La pubblicità promozionale ... è vietata “(art 56.)), che non ad un messaggio informativo.

3) Ancor più perplessità sorgono nel quantum (tariffa e sconto) pubblicizzato. La sproporzione è così eclatante che la stessa Antitrust, da sempre, come si diceva, paladina della liberalizzazione e della apertura concorrenziale del mercato, solleva dubbi in proposito (“...persino il presidente Calcatrà [all’epoca presidente della “Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato” ndr] ... riconosce in un’intervista apparsa oggi [6 settembre 2011] che offrire prezzi scontati fino all’80% non può che significare o una “truffaldina” gonfiatura dei prezzi base ... o peggio l’offerta di una prestazione indecorosa non in linea con le più elementari norme sanitarie e igieniche...” (FNOMCEO- Renzo RGP 6838/2011)).

Inoltre non va dimenticato che il meccanismo di pagamento è ancora più aggravante. Di fatto al professionista o alla struttura sanitaria giunge una parte minoritaria del già risibile compenso (compenso naturalmente gravato dall’imposta di reddito). E questo se non è nella forma una prestazione gratuita nella sostanza lo diventa e ciò potrebbe prevaricare i limiti del consentito (“...Il medico può, in particolari circostanze, prestare gratuitamente la sua opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela...” (art. 54 CD)).

4) Ed infine; qualsiasi prestazione che non sia una iniziale valutazione dello stato di salute al fine di tracciare un corretto iter diagnostico/terapeutico, non può essere venduto sic et simpliciter. Sta al medico definire quali prestazioni effettuare e non al paziente presentarsi con un pacchetto di esami diagnostici/terapie già comperati (“...La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto dia-

gnostico...” (art. 13)). E non è sufficiente dire che il paziente qualora il medico rilevasse la non necessità di tali prestazioni, può essere risarcito; la maggior parte delle prestazioni veicolate con tali mezzi sono di scarso rischio, bassa complessità e sostanzialmente innocue anche per il paziente che non ne abbisognasse per rendere di fatto credibile e praticabile il meccanismo del rimborso per non necessità.

CORRETTEZZA E TRASPARENZA

La interpretazione della iniziativa pubblicitaria sinora data, basata sulla lettura del Codice Deontologico, potrebbe suscitare in taluni perplessità; non attenendosi alla lettera ma allo “spirito” della attuale interpretazione giurisprudenziale, qualcuno potrebbe opinare che in realtà (o quantomeno nella sua realtà) la legge “liberalizza” e che quindi tutti questi laccioli imposti dal Codice Deontologico sono ormai inapplicabili perché palesemente (?), appunto, contra legem. A sostegno di ciò viene citato, tra gli altri, il già ricordato dls 59/2010 che all’art. 34 dice “...limitazioni al libero impiego delle comunicazioni commerciali da parte dei prestatori di servizi che esercitano una professione regolamentata [come le nostre] devono essere giustificate **da motivi imperativi di interesse generale nel rispetto dei principi di non discrezionalità e proporzionalità...**”(comma 1), con ciò calando una pesante mannaia su tutto ciò che non sia un motivo imperativo di interesse generale.

Purtroppo ci si dimentica che appena più oltre si legge “I codici deontologici assicurano che le comunicazioni commerciali relative ai servizi forniti dai prestatori che esercitano una professione regolamentata sono emanate nel rispetto delle regole professionali... riguardanti, in particolare, l’indipendenza, la dignità e l’integrità della professione...**Le regole professionali in materia di comunicazioni commerciali non sono discriminatorie, giustificate da motivi imperativi di interesse generale e proporzionate**” (comma 3).

Il Codice deontologico è attualmente in revisione e scopriremo a fine anno se in tema

avremo specifiche modifiche o meno.

Tuttavia esistono punti che unanimemente non possono costituire fonte di interpretazione. La legge è assolutamente chiara: **“La pubblicità informativa... deve essere... veritiera e corretta e... non deve essere equivoca ingannevole denigratoria...”** (DLsg 137/2012), ribadendo quanto statuito dal DL 148/2011, convertito in legge (**...le informazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivocate, ingannevoli, denigratorie** (titolo III art.4 comma g)) e tutto ciò in piena armonia con il Codice Deontologico già più volte citato. Né può essere messa in dubbio la competenza dell’Ordine dei Medici ad esprimersi in tal direzione (“...secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio **il cui rispetto è verificato dall’ordine...**” (l. 248/2006), “...La violazione della disposizione di cui al comma 2. **costituisce illecito disciplinare...**” (DLgs 137/2012), ma anche **“gli Ordini professionali hanno il potere di verifica, al fine della applicazione delle sanzioni disciplinari...**” (cass.civ III 2012 n.3717)).

Pertanto “estrema attenzione” verrà posta da questo Ordine nel valutare che in queste offerte di prestazioni a tariffe superscontate, come del resto in tutti i tipi di pubblicità dell’informazione, siano rispettati i principi di correttezza, trasparenza e veridicità del messaggio informativo (a titolo di esempio specifico, il gonfiare fraudolentemente la tariffa di riferimento per far risultare uno sconto assai più corposo del reale), adottando, ove indicato, le iniziative disciplinari ritenute opportune ed adeguate.

Né si potrà invocare d’ora in avanti un semplice e bonario richiamo ordinistico quando **l’Ordine, istituito a tutela in primis della salute pubblica**, e quindi del cittadino, **ravveda fraudolenti messaggi alla cittadinanza ovvero iniziative le cui caratteristiche possano rappresentare un pericolo per la salute della popolazione.**

Posizione su cui, francamente, non credo che alcuno possa dissentire.



LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE DELL'UMBRIA

Intervista del prof. Fausto Santeusanio al prof. Maurizio Tonato

La Rete Oncologica Regionale dell'Umbria: uno strumento operativo di grande potenzialità per l'assistenza oncologica.

Da alcuni anni è stata attivata nella nostra Regione una rete oncologica di cui è responsabile il **Prof. Maurizio Tonato**, già Direttore della Struttura Complessa di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. In Umbria l'assistenza oncologica è fra le migliori in campo nazionale, ha delle eccellenze ben riconosciute, ma potrebbe essere ancora migliorata grazie allo strumento operativo offerto dalla rete oncologica, con il vantaggio di essere utilizzato in una regione di piccole dimensioni. Il prof. Tonato è una Autorità riconosciuta in ambito nazionale ed internazionale ed ha dedicato molto del suo impegno professionale ad organizzare sempre meglio i modelli assistenziali in ambito oncologico ed è stato egli stesso promotore della creazione di una rete oncologica in Umbria. Pertanto ho ritenuto opportuno chiedergli informazioni specifiche su questo strumento operativo, che può essere efficiente solo se affiancato da una collaborazione fattiva fra le varie figure professionali. In tal senso un ruolo davvero importante può essere svolto dai **Medici di Medicina Generale (MMG)**.

Prof. Tonato, come si è giunti nella nostra regione alla istituzione di una rete oncologica?

La Rete Oncologica Regionale (ROR) dell'Umbria è stata deliberata dalla Giunta regionale nel Dicembre 2008, a compimento del lavoro fino ad allora svolto dal Centro di Riferimento Oncologico Interaziendale (CRO) ed in linea con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale. Il modello della rete oncologica regionale è con-

siderato oggi il migliore assetto organizzativo per affrontare concretamente tutti i problemi della gestione razionale e soddisfacente dei malati di cancro. Ne fanno fede le numerose prese di posizione di società scientifiche nazionali ed internazionali, il piano oncologico nazionale 2009-2012, ma soprattutto il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel Febbraio 2011.

Quali sono concretamente gli obiettivi che la Rete si propone di realizzare?

Anzitutto la creazione della rete oncologica regionale ha lo scopo di integrare tutte le competenze specialistiche in un sistema unico che si prenda carico del paziente fin dall'inizio e che lo accompagni per tutto il percorso della malattia. In secondo luogo l'adozione di un modello organizzativo tipo Hub and Spoke con i due poli oncologici di Perugia e Terni e gli spokes rappresentati dagli altri ospedali della regione e dai servizi territoriali dovrebbe permettere di dare risposte adeguate a tutte le esigenze dei malati oncologici in tutto il territorio regionale.

Cos'è che cambia sostanzialmente rispetto al modello assistenziale tradizionale?

Base fondamentale di questo approccio è il ricorso sistematico e continuo alla multidisciplinarietà che prevede per ogni paziente una valutazione e una discussione collegiale, l'elaborazione di un indirizzo diagnostico e terapeutico nella realizzazione del quale tutte le competenze professionali utili alla gestione di quel caso clinico devono essere coinvolte. Ciò rende possibile un confronto continuo di idee ed espe-

rienze, un'acculturamento sistematico di tutti gli specialisti coinvolti e la formazione di una mentalità favorente il dialogo. Per il paziente il grande vantaggio di sapere di essere in qualche modo garantito dal "sistema" di lavoro, di poter trarre benefici dalle conoscenze e dall'esperienza di tutti gli specialisti e di poter pensare di vedere applicata nel proprio caso la terapia migliore oggi disponibile.

Questo approccio come si traduce nella pratica assistenziale?

L'applicazione pratica del principio della multidisciplinarietà oggi è realizzata nella maggior parte degli ospedali della Regione attraverso i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) per patologia, distinti in GOM aziendali, interaziendali e regionali. Per favorire l'avvio dei pazienti, o potenziali tali, ai gruppi multidisciplinari sono in via di organizzazione, come già si è fatto in altre reti regionali, dei punti di accoglienza oncologica dove del personale specializzato, sostanzialmente un oncologo ed un infermiere dedicato, valuta tutti i nuovi casi ed eventualmente li indirizza al gruppo multidisciplinare per patologia di competenza, prenota gli esami, prende i necessari appuntamenti, ecc. In sostanza tutto ciò favorisce la presa in carico del paziente da parte della rete regionale di cui i punti di accoglienza costituiscono i terminali operativi permettendo a tutti un accesso facile ed evitando così i percorsi difficili e spesso tortuosi che sono ancora pratica abbastanza comune.

Ci sono altri esempi in Italia?

Senza altro. Le prime esperienze sono state quelle della rete regionale del Piemonte (poi anche della Valle d'Aosta) e della Toscana che si sono avviate nei primi anni 90 e che, con risorse ben superiori alle nostre, hanno tracciato la strada per la messa in atto di un sistema a rete che comprendesse tutte le strutture del sistema sanitario regionale. Per noi il vantaggio della ridotta dimensione regionale e la buona distribuzione e qualità dei servizi oncologici nel territorio. Altre regioni hanno avviato il processo ma in maniera limitata ad alcuni aspetti per alcune o con evidenti difficoltà per altre.

Quali sono gli aspetti che emergono positivamente?

In una fase iniziale il passo più importante è stata l'aggregazione dei professionisti nei Gruppi Oncologici multidisciplinari per patologia (GOM), un elemento che ha determinato un forte cambiamento culturale verso l'attitudine al confronto e alla considerazione del bene comune rappresentato dal paziente nella sua centralità. Un altro aspetto di rilievo è la condivisione e l'adozione di linee guida comuni, come è avvenuto per i carcinomi della tiroide ed il melanoma, e di standard diagnostici e terapeutici che garantiscono omogeneità di comportamenti ma soprattutto appropriatezza, equità e sostenibilità di tutte le procedure.

In questo contesto è stata molto fattiva la collaborazione con il Registro dei Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), peraltro uno dei pochi registri esistenti a dimensione regionale, che ha permesso di estendere le attività proprie del registro verso indagini valutative di processo e di outcome che sono di particolare rilievo in una organizzazione a rete dei servizi sanitari.

Tutto ciò sarà più facile ed efficace con il ricorso sempre più frequente a tecnologie avanzate, specialmente nell'ambito della informatizzazione delle varie procedure, già in parte realizzate. Di grande rilievo nella crescita della ROR è stato lo sviluppo e la gestione di un portale informatico dedicato (www.reteoncologicaumbria.org). Nel sito sono riportati gli atti normativi della Rete, i resoconti dettagliati delle attività, le raccomandazioni e linee guida della ROR, la documentazione inerente ai gruppi multidisciplinari e quella dei principali eventi formativi regionali, nazionali ed internazionali. Inoltre sono stati realizzati numerosi *links* con i principali siti informatici di interesse oncologico.

Naturalmente ci sono difficoltà di ordine pratico. Quali sono?

Innanzitutto quelle derivanti da una partenza graduale e un po' in sordina che non ha suscitato grandi entusiasmi, partecipazione fattiva e senso di appartenenza. La rete è stata vista come un di più non essenziale e di difficile attuazione. Inoltre è risultata difficile l'applicazione a livello aziendale del modello organizzativo regionale

e l'integrazione ospedale- territorio. Si spera vivamente che con il riordino del sistema sanitario della nostra regione, che è in via di completamento, si possano superare quelle incomprensioni e resistenze che ne avevano impedito finora la piena realizzazione. Peraltro vorrei qui ribadire il ruolo aggregante della Rete, qualunque sia l'ordinamento amministrativo.

In un tempo in cui i sistemi informatici e le tecnologie subiscono rapide evoluzioni, quali sono le prospettive di sviluppo?

Innanzitutto va completata la messa a regime di un programma gestionale informatico unico, il Log80, che permetta in primis la ottimizzazione delle chemioterapie e la condivisione delle informazioni e lo scambio dei dati tra tutti i centri operativi della rete in tempo reale, fino a costituire una vera cartella clinica oncologica informatizzata.

Ciò significherebbe oltre ad una riduzione dei tempi operativi e ad una semplificazione delle modalità burocratiche, una possibilità di valutazione e studio delle attività della rete, unico presupposto perché le iniziative future in campo sanitario, per quanto attiene all'oncologia, possano essere prese su dati certi ed obiettivi.

Un aspetto importante è anche quello della collaborazione piena con le altre reti sanitarie della Regione (laboratori, terapie palliative e terapia del dolore, riabilitazione, ecc.) e con le altre Reti oncologiche regionali.

I MMG possono certamente dare un contributo al funzionamento del sistema e alla sua implementazione: qual è il loro ruolo e che cosa ci aspettiamo da essi?

Quanto detto sopra può realizzarsi pienamente soltanto con il coinvolgimento a tutto campo dei MMG che costituiscono l'elemento basilare dell'assistenza ai malati oncologici, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione e la diagnosi precoce ma anche tutto il decorso della malattia, il follow-up e le fasi dell'assistenza domiciliare. In tutto ciò essenziale è il contributo del MMG anche per rendere possibile il progetto di un'assistenza appropriata, equa e sostenibile che la ROR sta portando avanti per esempio con la raccomandazione sull'uso razionale dei

farmaci oncologici ad alto costo e con la definizione di linee guida e di percorsi assistenziali comuni. Ritengo infatti che il medico deve sempre più far parte integrante dei meccanismi decisionali che riguardano la salute e contribuire a rendere le soluzioni ai problemi ragionevoli e rispettose dei diritti individuali ma anche delle esigenze della società nel suo insieme.

AI TEMPI DELLA SPETTABILE SIGNORA MUTUA

*Poesia del Dott. Massimo Moretti di Magione,
in vernacolo magionese*

IL BICCHIERE E LA DENTIERA

*È un segno di cordialità (gentilmente carino)
offrir al dottor un caffè o un bicchier di vino.*

*Ma un giorno di mattina
feci una strana scopertina.*

*Vidi sul cantarano (là posato)
un bicchiere variamente colorato.*

*Con l'acqua si... che c'era
una classica dentiera.*

*Da quel giorno, da anni, già passato
so stato attento e preparato.*

*Se offrivan un po' del bere
(si) rifiutavo il bicchiere.*

*Comunque, si, era 'na scortesia (gesto ineducato)
verso chi, gentile, t'aveva invitato.*

*Ma rimediavo, chiedendo loro un bicchierino
ben capite (la capienza) era sempre piccolino.*

*Però rispondevo al lor buon core
sempre, con diplomatico, buon umore,*

*"Sono astemio, ho il piloro chiuso,
di grandi liquidi fo poco uso!"*



SIGARETTE ELETTRONICHE

Dott. Massimo Sorbo

Le sigarette elettroniche sono dispositivi, alimentati da una batteria, che rilasciano nicotina con assomiglianza alle tradizionali sigarette; esse emettono un vapore che simula il fumo, contenente una miscela di nicotina e glicole propilenico o glicerolo. Le sigarette elettroniche sono disponibili in diversi modelli che si differenziano tra loro per il diverso contenuto di nicotina e in gusti quali tabacco, menta, caffè, ciliegia, gomma da masticare o perfino cioccolato. Tale mezzo "simil-terapeutico" che viene proposto come strumento per la disassuefazione dal fumo di sigaretta, non è approvato dalla U.S. Food and Drug Administration (FDA).

In una analisi fatta dalla stessa FDA americana, il contenuto di nicotina rilasciato per ogni aspirazione dalle cartucce di tre tipi di sigarette elettroniche con valori di nicotina dichiarati identici, variava da 26.8 a 43.2 ng per inalazione da 100 ml. In uno studio effettuato su soggetti che usavano le sigarette elettroniche per la prima volta, la concentrazione sierica media di nicotina dopo l'uso di una singola sigaretta è stata di 1.3 ng/ml, contro 13.4 ng/ml con una tradizionale sigaretta di tabacco; ma in un altro studio questa volta condotto su utilizzatori abituali di sigarette elettroniche, i livelli sierici di nicotina hanno raggiunto un massimo di concentrazione media pari a 16.3 ng/ml.

In una analisi sempre effettuata dalla FDA

sono state valutate due differenti marche di sigarette elettroniche ed è risultato, in diversi campioni testati, la presenza di diverse impurità, compresi idrocarburi policiclici aromatici che sono costituenti cancerogeni del tabacco e nitrosamine tabacco specifiche, anche esse cancerogene per l'uomo.

Gli effetti collaterali delle sigarette elettroniche segnalati più frequentemente sono l'irritazione della bocca e della gola e la tosse secca; è stata segnalata una polmonite lipoidea probabilmente correlata alla glicerina presente nel vapore.

In uno studio condotto su 30 fumatori correnti, l'uso di una sigaretta elettronica con una cartuccia di nicotina per cinque minuti, ha aumentato l'impedenza respiratoria totale, la resistenza al flusso di aria nelle vie aeree e lo stress ossidativo, rispetto all'uso di una sigaretta elettronica senza nicotina.

In conclusione, possiamo dire che le sigarette elettroniche potrebbero aiutare alcuni fumatori a ridurre il consumo di sigarette di tabacco ma, a parte quelle con soli aromi, contengono comunque nicotina e possono contenere anche sostanze cancerogene tabacco specifiche e altre sostanze tossiche.

Ann Intern Med 2012; 153:607

Chest 2012; 141:1110,1400

The Medical Letter XLII 2013; 3: 9-10



RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2011, ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2012, BILANCIO PREVENTIVO 2013

Cari Colleghi,

questa mattina vengono sottoposti all'esame ed all'eventuale approvazione di questa Assemblea il Conto Consuntivo 2011, l'Assestamento del Bilancio di Previsione 2012 e il Bilancio Preventivo 2013. I tre suddetti schemi di Bilancio sono stati redatti in base al vigente regolamento per l'amministrazione e la contabilità, elaborato dalla F.N.O.M.C.eO. ed approvato dal Consiglio Direttivo, e sono formulati in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare nel periodo di riferimento) e di cassa (entrate e uscite che si verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato, indipendentemente dal periodo in cui sono maturati).

Nel corso del triennio conclusosi a dicembre 2011, il Consiglio ha raggiunto alcuni importanti obiettivi, tra cui:

- 1) l'estinzione totale del mutuo contratto con l'ENPAM per l'acquisto della sede con notevole anticipo rispetto al piano di ammortamento;
- 2) la forte riduzione dei residui attivi, cioè delle quote di iscrizione non riscosse.

Mi sia permesso di dire che la realizzazione degli obiettivi menzionati è stata possibile grazie al buon lavoro di tutto il Consiglio e dei nostri Collaboratori di ufficio, accanto ad una gestione oculata delle risorse e ad un'attenta razionalizzazione delle spese.

Tutto ciò ha anche determinato un consistente Avanzo di Amministrazione, come potrete vedere dalle tabelle che seguono, che consentirà, a partire da quest'anno, una riduzione della quota di iscrizione di circa il 10%, portando così la nostra quota ad essere tra le più basse d'Italia, se non addirittura la più bassa.

CONTO CONSUNTIVO 2011

Il dato fondamentale di un Conto Consuntivo è sempre rappresentato dall'avanzo o disavanzo di amministrazione.

Nell'anno 2011 si è determinato un AVANZO DI AMMINISTRAZIONE pari a € 519.175,33 (All. 1).

Partendo, infatti, dal FONDO DI CASSA al 01/01/2011 pari ad € 427.940,31, aggiungendo il totale delle riscossioni eseguite in c/competenza (€ 619.365,19) e in c/residui (€ 70.469,76), sottraendo in pagamenti effettuati in c/competenza (€ 494.549,14) e in c/residui (€ 73.542,68), si ottiene il FONDO DI CASSA al 31/12/2011 pari ad € 549.683,44.

A tale importo vanno aggiunti i RESIDUI ATTIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 95.701,24 e sottratti i RESIDUI PASSIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 126.209,35. Otteniamo così l'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE indicato, di € 519.175,33.

Analizzando le varie voci di Bilancio, si può osservare come il TOTALE DELLE ENTRATE di competenza dell'esercizio 2011 è costituito principalmente dalle quote di iscrizione all'Albo, mentre il TOTALE DELLE ENTRATE in c/residui è costituito principalmente dalle quote di iscrizione che non erano state incassate e relative agli anni antecedenti il 2011.

Per quanto riguarda, invece, il TOTALE DELLE SPESE CORRENTI di competenza dell'esercizio 2011 (personale, indennità organi istituzionali, bollettino, consulenze e collaborazioni...) va rilevato che è in linea sia con le previsioni sia con quanto speso negli esercizi precedenti.

Per quanto riguarda le SPESE IN CONTO CAPITALE in c/competenza sono costituite dalla estinzione completa del mutuo contratto con l'ENPAM per l'acquisto della sede pari ad € 43.515,04.

Tutte le spese sono state regolarmente autorizzate e sono completamente documentate.

Tutte le scritture sono state seguite in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti ed i dati sono riportati nelle allegate tabelle del bilancio consuntivo di entrate ed uscite relative all'anno 2011 e sono state controllate dal Collegio dei Revisori dei Conti.

ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2012

Il Bilancio di Previsione per l'anno 2012 è stato approvato dal Consiglio nella seduta del 12/12/2011 e dall'Assemblea degli iscritti nella seduta del 18/12/2011.

Lo schema, formulato in termini finanziari di competenza e di cassa, presentava, l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2012 di € 458.684,80 (tabella 1).

Poiché il Bilancio così formulato si basava su delle stime effettuate in base ai dati in nostro possesso alla fine di novembre 2011, una volta che si è proceduto a redigere il Conto Consuntivo dell'anno 2011 occorre "correggere il tiro", cioè a dire assestare il Bilancio di Previsione 2012.

Nel Conto Consuntivo 2011 sono stati determinati: il Fondo finale di cassa effettivo, i residui attivi definitivi ed i residui passivi definitivi ed il seguente AVANZO DI AMMINISTRAZIONE.

Questi dati sono stati, dunque, riportati nel Bilancio Preventivo 2012 assestato:

Tabella 1

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
FONDO DI CASSA AL 31/12/2011	€ 490.478,47	€ 549.683,44
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2011	€ 86.054,32	€ 95.701,24
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2011	€ <u>117.847,99</u>	€ <u>126.209,35</u>
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2011	€ 458.684,80	€ 519.175,33

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

BILANCIO DI PREVISIONE 2012

Tabella 2

	COMPETENZA	
	NON ASSESTATO	ASSESTATO
Avanzo di Amministrazione	€ 458.684,80	€ 519.175,33
Entrate CORRENTI	" 518.579,00	" 518.579,00
Entrate in CONTO CAPITALE	" 0,00	" 0,00
Entrate per PARTITE GIRO	" <u>181.421,00</u>	" <u>181.421,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE</u>	€ 1.158.684,80	€ 1.219.175,33
	=====	=====

Spese CORRENTI	€ 862.263,80	€ 899.754,33
Spese in CONTO CAPITALE	" 115.000,00	" 138.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO	" <u>181.421,00</u>	" <u>181.421,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE SPESE</u>	€ 1.158.684,80	€ 1.219.175,33
	=====	=====

Il dato fondamentale di partenza del Bilancio di previsione è l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2013, calcolato tenuto conto del fondo di cassa presunto e dei residui attivi e passivi presunti al 31/12/2012.

Il fondo di cassa presunto si può desumere dalla tabella seguente ove si evidenzia che il fondo cassa finale presunto al 31/12/2012 è di 622.455,13

TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2012

SALDO C/C BANCARIO AL 02/11/2012	€ 681.259,70
<u>SALDO CASSA CONTANTI AL 02/11/2012</u>	€ <u>1.816,94</u>
<u>TOTALE DISPONIBILITA' AL 02/11/2012</u>	€ <u>683.076,94</u>
+ ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2012 (Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip..)	€ 16.445,93
- SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2012 (Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13 ^a , Onorif. agli iscritti Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)	€ 77.067,44
<u>FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2012</u>	€ <u>622.455,13</u>

Alla luce di quanto sopra si può ipotizzare l'avanzo di amministrazione all'01/01/2013 di
€ 553.384,18

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2013

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2012	€ 622.455,13
+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2012 (Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)	€ 97.227,13
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2012 (Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino, consumi, proc. Informatiche...)	€ <u>145.870,08</u>
<u>AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2013</u>	€ <u>573.812,18</u>

BILANCIO DI PREVISIONE 2013 (Competenza)

Per quanto riguarda le ENTRATE CORRENTI sono incrementate per effetto dell'aumento del numero di iscritti per l'anno 2013.

Non sono previste ENTRATE IN CONTO CAPITALE.

ENTRATE COMPETENZA

Avanzo di Amministrazione Presunto	€	573.812,18
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2013)	"	493.604,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi...)	"	28.000,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	"	0,00
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	"	0,00
Entrate per PARTITE GIRO (Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	"	<u>183.926,00</u>
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€	<u>1.279.342,18</u>
		=====

Per quanto riguarda le SPESE CORRENTI di competenza sono previste sostanzialmente in linea con quelle degli anni scorsi.

Le SPESE IN CONTO CAPITALE, invece, sono rappresentate dall'eventuale acquisto dall'acquisto di nuove procedure e strumenti informatici.

USCITE COMPETENZA

Spese CORRENTI (Spese conv. assemblea, ind. Cons., stipendi, cond., pulizia consumi energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze, ass. e manut, proc. Info, macchine...)	€	947.416,18
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto proc. Informatiche...)	"	148.000,00
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI "		0,00
Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	"	<u>183.926,00</u>
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€	<u>1.279.342,18</u>
		=====

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



La relazione del Presidente

All'inizio dell'incontro il Presidente, dott. Conti ha rivolto un cordiale saluto a tutti i presenti, in particolare ai medici chirurghi e agli odontoiatri neo - iscritti che per la prima volta partecipavano a quell'appuntamento annuale e ai colleghi laureati nel 1962 festeggiati per i cinquanta anni di laurea. Prima di passare agli argomenti posti all'ordine del giorno il pensiero e il ricordo dell'assemblea è andato ai colleghi che ci hanno lasciato nell'ultimo anno. A loro, dopo averli citati per nome, è stato dedicato un minuto di raccoglimento.

Dott. ALUNNI GIUSEPPE
 D.ssa ANDINO GARCIA R. MARIA
 Dott. ASCANI FRANCO
 Prof. BERNICCHI LUIGI
 Dott. BILLI OSTILIO
 Dott. BISCARINI FILIPPO
 Dott. BROCCATELLI CARLO
 Dott. BRUNI GIANCARLO
 Dott. CASINI MARIANEVE
 Dott. CIROCCHI FELICIANO
 Dott. CRUCCOLINI RENATO
 Prof. FIDANZA FLAMINIO
 Dott. GATTOBIGIO ROBERTO
 Dott. GIORDANELLI ANTONELLA
 Dott. GIORGETTI ANACLETO
 Dott. GORACCI CORRADO
 Dott. MONCADA GIUSEPPE
 Dott. PANZAROLA RODOLFO
 Dott. PETTIROSSI GIAN VITTORIO
 Dott. SABATINI LEO
 Dott. SCARABATTIERI ALBERTO
 Dott. SCARDAZZA RAFFAELLA
 Dott. STELLA STELIO
 Dott. TULLIO FRANCESCO

Tra i deceduti il dott. Conti ha rivolto un parti-

colare pensiero al prof. Luigi Bernicchi, già presidente di questo Ordine dal 1° Gennaio 1967 al 31 Dicembre 1978. Valente professionista, fu anche Presidente dell'ONAOSI.

Successivamente il dott. Montanari ha illustrato: il rendiconto finanziario dell'anno 2011, l'assestamento del bilancio preventivo 2012 e il Bilancio di previsione 2013, che sono stati approvati alla unanimità

Successivamente ha ripreso la parola il presidente che ha informato l'assemblea della attività dei nostri uffici e degli organi statutari e delle modifiche alla situazione degli iscritti.

A questo riguardo al **18/12/2011**, data della precedente assemblea, vi erano
 N. **4715** Iscritti Albo Medici Chirurghi
 N. **701** Iscritti Albo Odontoiatri
 N. **358** Doppie iscrizioni
 Per un totale di N. **5058** Persone fisiche
 Al 16/12/2012 la situazione è la seguente:
 N. **4761** Iscritti Albo Medici Chirurghi
 N. **705** Iscritti Albo Odontoiatri
 N. **355** Doppie iscrizioni
 Per un totale di N. **5111** Persone fisiche

Incremento iscrizioni albo Medici Chirurghi +46 (anno precedente +45 date da 127 iscrizioni e 82 cancellazioni) risultante da **107** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **61** cancellazioni (richiesta, trasferimento, morosità e decesso).

Incremento iscrizioni albo Odontoiatri +4 (anno precedente +13 risultante da 24 iscrizioni e 9 cancellazioni) risultante da **14** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **10** cancellazioni (richiesta, trasferimento morosità e decesso).

Saldo negativo per le doppie iscrizioni **-3** risultante da **4** nuove iscrizioni e **7** cancellazioni.

Il presidente ha inoltre ricordato come l'Ordine abbia mantenuto il proprio impegno nel campo della formazione dei propri iscritti con incontri organizzati direttamente o fornendo assistenza e collaborazione ad altre iniziative o, infine, concedendo in uso la sala per attività di carattere formativo.

Nell'anno 2012 sono stati organizzati Corsi su:

- Farmaci originali e generici e sulle ripercussioni sull'attività del MMG (21/01/2012),
- I edizione di un corso residenziale su: Governo clinico – la sicurezza dei pazienti e degli operatori (15 crediti) (13/10/2102);
- Professione medica e responsabilità: l'indagine penale (6 crediti) (01/12/2012).

Mentre è programmato per il 12/01/2013 un corso su "Attualità in farmacovigilanza" con 7 crediti. E' stato anche confermato anche per il 2013 il partenariato con la federazione nazionale FNOMCeO/OMCeO in rete che ci consente, tramite le strutture della federazione stessa, una semplificazione e accelerazione delle procedure di accreditamento.

Il Presidente ha concluso il Suo intervento con alcune riflessioni sulla vita della nostra categoria facendo riferimento ai profondi problemi finanziari, economici e sociali del nostro paese e all'impatto che proprio da medici, che lavorano con le persone ed ogni giorno si confrontano con il loro quotidiano constatiamo e viviamo. Ha ricordato come non ci sfuggano i segni di un grave disagio economico e sociale e come

già emergano segnali di fuoriuscita dalla tutela, cittadini che di fronte al costo di prestazioni sanitarie semplicemente ci rinunciano oppure di fronte al costo degli strumenti di previdenza complementare dicono "ci penserò più avanti".

Ha ricordato come ci sia molta più responsabilità e consapevolezza tra i cittadini sul difficile e doloroso cammino di sacrifici da affrontare di quanto i politici pensino. Ha proseguito:

"Un anno fa ci fu detto che l'azione di governo avrebbe operato su tre direttrici: Rigore, equità, crescita. Forse sono stato distratto, ma ne ho avvertita solo una.

Equità vuol dire chiamare a sacrifici fiscali e tributari chi più può o chi non ha mai contribuito o eluso e non solo i soliti noti, perché non regge più, soprattutto in questa terribile contingenza, un sistema fiscale che cala implacabile, quasi esclusivamente, sui redditi da lavoro.

Per la nostra categoria ciò ha significato il blocco contratti, delle convenzioni del turnover e una significativa penalizzazione in campo previdenziale. La nostra cassa di previdenza, costretta ad un bilancio tecnico con un equilibrio a 50 anni, ha dovuto mettere in opera correttivi che per quanto riguarda le nostre pensioni si possono sintetizzare in quattro parole: più tardi, di meno.

Ho lasciato per ultima la Sanità.

Il recente 46° rapporto CENSIS ci dice che gli effetti della crisi e della spending review stanno travolgendo due pilastri della società italiana: la rete di sostegno trasversale delle fami-



La sala durante la relazione del Presidente Dott. Graziano Conti



Scorcio della sala

glie e l'apporto fondamentale degli operatori sanitari: risorsa sotto valorizzata e schiacciata da modelli organizzativi e gestionali da modificare.

Meritevole di investimenti sarebbe proprio quel «giacimento forse unico di competenze molto diversificate tra loro» ma qualificate, rappresentato dai 724mila operatori della Sanità italiana: oltre 237mila medici, oltre 334mila infermieri, quasi 49mila riabilitatori, oltre 45mila tecnici-sanitari e più di 11mila operatori con funzioni di vigilanza e ispezione. Uno dei maggiori bacini occupazionali del nostro Paese, su cui cittadini sempre più competenti e accorti esprimono giudizi ampiamente positivi (in particolare verso medici e infermieri) e a cui le famiglie guardano come possibile prospettiva occupazionale per i propri figli. E di posti di lavoro, ricordano ancora gli esperti del Censis confrontando i dati italiani con quelli di Paesi come l'Olanda e la Francia, ce ne sarebbero sia nel nursing che nell'ambito della medicina generale. Ma ciò richiederebbe una riprogrammazione degli accessi e alla formazione nel suo complesso. E questa è solo la punta di un iceberg - la Sanità italiana - afflitto da modelli organizzativi e gestionali che stentano a valorizzare la professionalità e da un «controllo politico giudicato soffocante e tra le prime cause primarie di inefficienze e sprechi». La salute costa e costerà sempre di più.

Basta guardare le proiezioni sull'evoluzione demografica dei prossimi vent'anni, per capire che «la sfida nei prossimi decenni consiste, dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi,

nell'adeguamento del sistema di offerta a un bisogno che si modifica profondamente, virando verso la cronicità e le sue complesse necessità assistenziali». Su questo fronte, l'Italia è drammaticamente all'anno zero. I dati del ministero della Salute raccontano di un pugno di ore - in media appena 22 - erogate a ciascun caso preso in carico dai servizi di assistenza domiciliare integrata. A supplire sono, come sempre ma in prospettiva con sempre meno chance, visto che la crisi ha pesantemente

aggredito i risparmi anche dei ceti medio-alti, le famiglie. La spesa sanitaria "out of pocket" cui ormai è costretto a ricorrere l'84,6% delle famiglie è (dati Istat 2011) di 28 miliardi, pari all'1,7% del Pil. La «delega alla famiglia» sta diventando ormai pesantissima e incide sulle scelte di cura. Cartina di tornasole sono le prestazioni odontoiatriche, che il 35% delle famiglie con reddito medio-basso o basso ha ridotto all'essenziale.

Le recenti affermazioni del presidente Monti sul SSN, ancorché successivamente corrette e precisate non sono un buon viatico.

Con questo non voglio dire che non vi deve essere da parte nostra una attenzione alle risorse, anzi l'attenzione alle risorse deve certamente costituire un impegno per noi tutti. Ce lo impone anche il nostro codice deontologico che all'art.13 ci richiama a sempre perseguire il beneficio del paziente secondo criteri di equità. Ma perseguire il beneficio del paziente significa: garantire a ogni individuo un accesso a cure mediche che siano dello standard più alto possibile, relativamente alla società nella quale egli vive e alle risorse disponibili. Si tratta di una conseguenza di quell'idea di equità che ispira i rapporti sociali nelle democrazie moderne, e che rispetta sia i sentimenti di libertà sia i sentimenti di uguaglianza profondamente diffusi tra i cittadini.

Per quanto ci riguarda, come categoria medica, la complessità di questo scenario, le annunciate dimissioni del Governo, l'emergere di altri problemi rende veramente temerario preve-

dere il percorso e lo stesso esito dei provvedimenti legislativi di nostro precipuo interesse. Dopo l'approvazione del decreto Balduzzi, altre norme previste nella delega fiscale e il cd DDL Fazio che contiene la riforma dei nostri Ordini, già approvato dalla Camera e che aveva trovato, per opera del C.N. e del ministero della salute una nuova via in Commissione Igiene e sanità del Senato in sede deliberante appaiono ormai condannati".

Con l'invito a continuare a lavorare lungo le nostre direttrici come Ordini e Federazione Nazionale, e con l'augurio a tutti i presenti e alle loro famiglie di lunghe giornate di serenità e di gioia per le festività ormai vicine il Presidente ha concluso il suo intervento.

La giornata è proseguita con la consegna delle medaglie ai Colleghi che hanno compiuto cinquanta anni di laurea. Si è trattato di una testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima da parte di tutta la categoria.

Alcuni hanno telefonato per comunicare la loro assenza per motivi di salute e per inviare al contempo ai colleghi il loro saluto.

Ecco i nominativi dei colleghi premiati:

Dott. ALIVENTI FRANCO
Nato a FOLIGNO, Residente a FOLIGNO
Laureato a PERUGIA il 09/07/1962

Dott. CAPPELLETTI MASSIMO
Nato a TODI, Residente a TODI
Laureato a PERUGIA il 11/07/1962

Prof. DEL FAVERO ALBANO
Nato a BELLUNO, Residente a PERUGIA
Laureato a PAVIA il 09/11/1962

Dott. FAZZIOLI FURIO
Nato a ROMA, Residente a FOLIGNO



Il tavolo della Presidenza

Laureato a PERUGIA il 09/07/1962
Dott. FORNETTI FRANCESCO
Nato a TERNI, Residente a FOLIGNO
Laureato a PERUGIA il 10/07/1962

Dott. FRATTEGANI ADALBERTO
Nato a TERNI, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 09/07/1962

Prof. FRONTICELLI BALDELLI ENRICO FILIPPO
Nato a ROMA, Residente a PIEVEBOVIGLIANA
Laureato a PERUGIA il 09/07/1962

Dott. INNOCENTI PIERFRANCESCO
Nato a PADOVA, Residente a PERUGIA
Laureato a PADOVA il 29/11/1962

Prof. MASTRANDREA VITO
Nato a PIAGGINE (SA), Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 21/11/1962

Prof. MILIA UGO
Nato a PESCARA, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 23/02/1962

Prof. MIRANDA ROBERTO
Nato a NARNI, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 21/11/1962

Dott. MORETTI MASSIMO
Nato a MAGIONE, Residente a MAGIONE
Laureato a PERUGIA il 10/07/1962

Prof. NENCI GIUSEPPE GIORGIO
Nato a FERRARA, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 11/07/1962

Dott. PANZAROLA EMILIO
Nato a UMBERTIDE, Residente a UMBERTIDE
Laureato a PERUGIA il 23/11/1962

Dott. PASCASIO FRANCESCO
Nato a BAGNOLI DEL TRIGNO (IS), Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 11/07/1962

Dott. PIMPINELLI GIAMPIERO
Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 23/11/1962

Dott. REGNICOLI GIANFRANCO
Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 22/02/1962

Dott. ROSELLI STELIO
Nato a PANICALE, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 09/07/1962

Dott. SCOCCIANI ROBERTO
Nato a FABRIANO, Residente a SPOLETO
Laureato a PARMA il 20/11/1962

Dott. SCOTTI FRANCESCO
Nato a PONZA (LT), Residente a PERUGIA
Laureato a ROMA "LA SAPIENZA" il 24/11/1962

Dott. THOMAS GIOVANNI BATTISTA
Nato a VALLEROTONDA (FR), Residente a CAMPELLO SUL CLITUNNO
Laureato a ROMA "LA SAPIENZA" il 17/11/1962

Dott. TIMIO MARIO
Nato a FOLIGNO, Residente a PERUGIA
Laureato a PERUGIA il 09/07/1962

Prof. TONATO MAURIZIO
Nato a FOLIGNO, Residente a Perugia
Laureato a PERUGIA il 11/07/1962

Dott.ssa ZAVKA CLARA
Nata a TRIESTE (TS), Residente a PERUGIA
Laureata a PERUGIA il 11/07/1962

Successivamente sono stati consegnati i premi di laurea "DOMENICO TAZZA".

Era presente la dott.ssa M. Adelaide Susta che ha provveduto, insieme al Presidente a premiare i vincitori.

Sono stati attribuiti tre premi da mille euro ciascuno.

Il presidente ha ricordato che tra medici ed odontoiatri vi sono state 121 nuove iscrizioni. Le prime iscrizioni sono 102, 95 medici e 7 odontoiatri. Di questi 52 laureati con il massimo dei voti e la lode. Tutti sono stati avvertiti personalmente. Ebbene sono pervenute solo 15 domande per OM e nessuna per ODO, per cui il Consiglio ha deciso di attribuire tutti e tre i premi ai medici chirurghi. I premiati sono:

Dott.ssa Francesca Feliciani: "Lidocaina patch: nuova opzione terapeutica per la nevralgia post herpetica";

Dott.ssa Alessia Iannone: "Utilità della microscopia confocale nella valutazione di irritazione della superficie oculare indotta dai conservanti";

Dott. Daniele Maiettini: "Nuovi approcci diagnostico-terapeutici nei tumori neuroendocrini pancreatici.

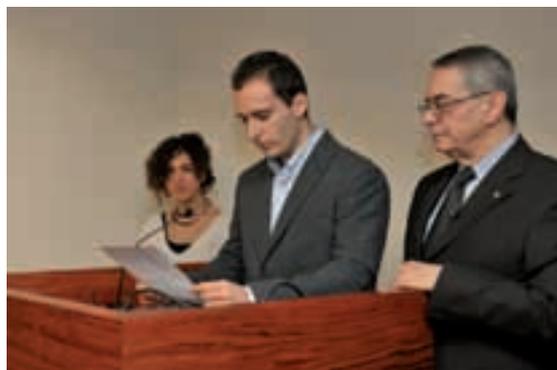
Al termine della giornata i nuovi laureati cui il presidente ha ricordato che hanno iniziato una professione prestigiosa, con l'augurio che sia ricca di successi e di soddisfazioni personali, sono stati chiamati a prestare il giuramento professionale, reintrodotta come dovere del medico dal Consiglio Nazionale FNOMCeO.

A nome dei neo-iscritti la formula del giuramento è stata letta dalla dottoressa Michela Lepri la più giovane iscritta all'albo dei medici chirurghi e dal dottor Luigi Piscitelli il più giovane iscritto all'albo degli odontoiatri.

Con la consegna singolarmente ad ogni nuovo iscritto del codice deontologico, della pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, e il distintivo dell'ordine si è conclusa la giornata



La più giovane neo-iscritta Dott. ssa Michela Lepri durante la lettura del giuramento di Ippocrate



Il più giovane neo-iscritto Dott. Luigi Piscitelli durante la lettura del giuramento di Ippocrate

La consegna delle medaglie per i 50 anni di laurea



Dott. Franco Aliventi



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Franco Aliventi



Dott. Massimo Cappelletti



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Massimo Cappelletti



Prof. Vito Mastrandrea



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Vito Mastrandrea



Prof. Ugo Milia



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Ugo Milia



Dott. Massimo Moretti



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Massimo Moretti



Prof. Giuseppe Giorgio Nenci



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Giuseppe Giorgio Nenci



Dott. Emilio Panzarola



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Emilio Panzarola



Dott. Giampiero Pimpinelli



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Giampiero Pimpinelli



Dott. Gianfranco Regnicoli



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Gianfranco Regnicoli



Dott. Stelio Roselli



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Stelio Roselli



Dott. Roberto Scoccianti



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Roberto Scoccianti



Prof. Maurizio Tonato



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Maurizio Tonato



Dott.ssa Clara Zavka



La consegna della medaglia ricordo al Dott.ssa Clara Zavka



foto di gruppo dei premiati per i 50 anni di laurea

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



Premio laurea Dr.ssa Francesca Feliciani



Premio laurea Dr.ssa Alessia Iannone



Premio laurea Dott. Daniele Maiettini



TURISMO ODONTOIATRICO Ma fu... "vera gloria"?

Dott. Antonio Montanari

Alzi la mano quel dentista che, specie negli ultimi tempi, non ha avuto almeno un paziente che gli ha posto qualche domanda sul cosiddetto "turismo odontoiatrico": cure, ma soprattutto protesi ed impianti, a prezzi decisamente più bassi dell'Italia, praticati in Croazia, Romania, Ungheria e persino Moldavia. Tutti a mani abbassate.

Per quel che mi riguarda, però, dopo una risposta ed una illustrazione serena, sincera ed approfondita, nessuno dei miei pazienti ha preferito la "trasferta risparmiata".

Si è affidato, viceversa, da persona (ritengo) sensata, al suo vecchio dentista, di cui ha sperimentato da tempo pregi e difetti, che ormai conosce bene la sua bocca e di cui tutto sommato si fida, tanto dal punto di vista strettamente professionale, che economico.

Sa bene, peraltro, che i **materiali che utilizza sono i migliori in commercio a livello mondiale** e che mai e poi mai (come il 100% dei colleghi italiani) adopererebbe paste e prodotti cosiddetti "cinesi" o spaccerebbe l'acciaio per lega di palladio.

Perché, però, tanta differenza di costi?

Proverò a spiegarlo, avvalendomi dell'ausilio di un illuminante articolo del Vice Presidente ANDI, **dott. Aldo Nobili**, e di qualche "perla" ricavata da internet.

Lo faccio, però, con due premesse.

La prima: non voglio in alcun modo disprezzare o denigrare il lavoro dei colleghi stranieri onesti e preparati, poiché anche loro hanno titoli di studio di tutto rispetto e spesso vengono proprio in Italia a studiare, a specializzarsi, ad aggiornarsi. Anche se sono una netta minoranza, cioè, ce ne sono di davvero bravi e bisogna

avere l'onestà intellettuale di riconoscerlo.

A loro va dunque la mia stima e, se vogliamo, un pizzico d'invidia per il fatto che nei loro paesi non esistono le enormi, poco comprensibili ed assai onerose pastoie burocratiche (che sotto proverò ad elencare, dimenticandone di sicuro almeno una mezza dozzina), necessarie per condurre uno studio in pace e serenità, tra l'altro con una pressione fiscale enormemente superiore alla loro.

La seconda: avrei piacere che, di queste considerazioni, prendessero coscienza anche e soprattutto i Colleghi Medici, soprattutto di Medicina Generale, con i quali ho da tempo un eccellente rapporto, e che più di altri sono quotidianamente a contatto con i malati e con la gente.

oooooooooooooooooooo

Autorizzazioni, autoclave, controlli estintore e normativa antincendio, norme igienico-sanitarie, verifiche e controllo di qualità radiografico, sterilizzazione, rifiuti, marchi CE, acque reflue, RSPP, RLS, verifiche impianto elettrico, ECM, 626 ora 81/08, norme per disabili-barriere architettoniche, formazione del personale, INAIL, rispetto norme lavoro dipendente, ISFOL, normativa consulenze controlli fumi e caldaia metano, certificazioni conformità protesi ed ortodonzie, scadenze prodotti e farmaci, verifiche elettrobiomedicali, ambu/O2/farmaci salvavita, direttiva 93/42, schede tecniche materiali ed attrezzature, imposta annuale affitto, assicurazioni varie, consenso informato studi di settore e...BASTAAAAAAA-AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA



Curarsi all'estero? No, grazie

Da una recente indagine è emerso che il 50% di coloro che si sono recati all'estero per curarsi non è soddisfatto delle prestazioni ricevute

*Dott. Aldo Nobili
Vicepresidente Nazionale A.N.D.I.*

In questi ultimi anni, si sente sempre più parlare di italiani che si recano all'estero per sottoporsi a prestazioni sanitarie, fra cui le cure dentali occupano sicuramente un ruolo prioritario.

I motivi di questi "viaggi della salute", mentre per altre prestazioni in campo medico possono essere ricercati anche nel superamento di alcuni vincoli legislativi esistenti nel nostro paese, oppure in ragioni legate alla privacy, nel campo delle cure dentali sono da attribuire esclusivamente a motivi legati ai costi. In realtà, questo fenomeno del "turismo dentale", sotto forma di business organizzato, è qualcosa che risale ad alcune decine di anni

Gli Odontoiatri italiani hanno per legge obblighi di aggiornamento continuo che consente loro di migliorare le capacità professionali

fa, allorché le corriere piene di italiani partivano alla volta dell'Olanda, e a distanza di anni possiamo sicuramente dire che quelle esperienze si sono rivelate disastrose: in 48 ore venivano estratti praticamente tutti i denti e venivano approntate protesi totali applicate con una sorta di ventosa che, sul momento riusciva ad assicurare una certa stabilità, ma col tempo finiva per creare grossi problemi, fino a fenomeni di precancerosi che, in un secondo tempo, potevano addirittura trasformarsi in cancro orale.

In quest'ultimo decennio si sono proposte nazioni quali Croazia, Ungheria e Romania. Giusto per avere un'idea del fenomeno, pensate che in un paese dell'Ungheria con 50.000 abitanti esistono ben 500 studi odontoiatrici, dove per poter aprire un nuovo studio è sufficiente il tempo necessario per firmare un documento, detta carta di ospitalità, presso il comune in questione, e la promessa di assumere personale del posto. Ovvio che in queste situazioni il principale interesse sia unicamente che arrivino quanti più "turisti odontoiatrici" possibili, con l'obiettivo di muovere l'economia locale. Risulta evidente che in un simile contesto tutto ciò che concerne **autorizzazioni, controlli sanitari**, e quant'altro riguarda gli **aspetti della sicurezza non sia minimamente paragonabile a ciò che avviene nel nostro Paese**, dove invece c'è massima attenzione alla sicurezza ed alla qualità della prestazione e dove la legislazione in materia è tra le più garantiste fra tutti gli stati europei.

In effetti, gli ultimi dati raccolti nell'ambito di indagini statistiche sul settore odontoiatrico ci dicono che fortunatamente il fenomeno non è poi così diffuso come potrebbe sembrare e, soprattutto, come lo si vorrebbe fare apparire anche attraverso trasmissioni televisive (vedi "Striscia la notizia") che sono sempre alla ricerca di scoop e di audience. In realtà, i Pazienti che si rivolgono all'estero per cure dentali non sono più del 4% degli italiani, mentre l'81% non prenderebbe mai in considerazione questa ipotesi ed il 15%, pur non avendolo mai fatto, è disposto a prenderlo in

considerazione. **Ma il dato molto significativo, e che deve fare riflettere, è che il 50% di coloro che si sono recati all'estero non è soddisfatto delle prestazioni ricevute e non lo rifarebbe.**

In questi anni sta aumentando sempre di più il numero di persone che manifestano problemi causati da trattamenti effettuati all'estero, che sono assolutamente condizionati dalla necessità di eseguire le cure in tempi molto brevi e di contenere al massimo i costi.

Viceversa, la letteratura internazionale ci dice che non sempre è possibile effettuare trattamenti contraendo i tempi e soprattutto senza rispettare determinati principi biologici che sono imprescindibili per quanto riguarda il successo nel tempo delle terapie eseguite.

Proprio per dare supporto, anche medico legale, ai Pazienti che hanno subito danni dalle cure odontoiatriche all'estero, ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) sta attivando

Il Paziente che si reca all'estero non può fruire di servizi altrettanto fondamentali quali la prevenzione e l'assistenza post-intervento

do un servizio sul sito www.obiettivosorriso.it che sarà operativo nelle prossime settimane. In realtà, tornando al problema dei costi, è importante sottolineare quanto in Italia sia l'Odontoiatria nella sua globalità ad essere "costosa" e non il Dentista. Laddove lo Stato tenta di fornire prestazioni di natura odontoiatrica ai cittadini, risulta evidente quanto una serie di costi siano incompressibili. È ovvio che l'assoluto rispetto delle norme igienico-sanitarie, previsto dalla nostra legislazione, va inevitabilmente a incidere sul costo finale della prestazione, così come i requisiti di qualità ottenibili nell'ambito delle terapie protesiche, testimoniati peraltro dalla "Dichiarazione di Conformità" del manufatto (una sorta di carta di identità della protesi), tutto ciò ovviamente non è altrettanto vero

per le cure eseguite all'estero.

Va inoltre evidenziato come gli Odontoiatri italiani abbiano per legge obblighi di aggiornamento continuo che consente loro di stare al passo coi tempi e migliorare le capacità professionali e, al tempo stesso, siano obbligati ad avere adeguate coperture assicurative in caso di insorgenza di problemi legati alle terapie eseguite. Oltre a tutte queste considerazioni, è ovvio che i costi non possono assolutamente rimanere l'unico elemento di valutazione quando parliamo di salute. Infatti, al di là della tipologia e della appropriatezza dell'intervento terapeutico eseguito, il Paziente che si reca all'estero non può fruire di servizi altrettanto fondamentali quali la prevenzione (anche di patologie comunque correlate al cavo orale) e l'assistenza post-intervento di breve e lungo periodo. Infatti, il "follow up" (il controllo a distanza) ha un valore "economico" per il Paziente che va ben al di là dei costi immediati sostenuti, garantendo di fatto nel tempo il buon funzionamento del lavoro svolto. Bisognerebbe peraltro chiedersi, nel momento in cui un manufatto protesico realizzato all'estero dovesse rivelarsi difettoso, a chi poi ci si potrebbe rivolgere e **che tipo di garanzie vengono fornite sul materiale utilizzato (le normative sono molto restrittive in questo senso nel nostro Paese, non altrettanto all'estero).**

Il solo fatto di preparare preventivi on-line, o di garantire la durata delle terapie prima di visitare il Paziente, è un segnale molto chiaro di approssimazione nella diagnosi, e sappiamo bene che la visita e la successiva condivisione del piano di trattamento sono i momenti più qualificanti e decisivi della terapia.

La nostra tradizione odontoiatrica, che si basa sul rapporto di fiducia Dentista-Paziente, non inteso in modo riduttivo come cliente, così come viene visto generalmente da queste realtà straniere, ha portato nel corso degli anni a sviluppare una Odontoiatria fra le migliori a livello mondiale.



DA INTERNET: DI TUTTO DI PIU'

Dott. Antonio Montanari

PROTESI ODONTO-TURISTICA CHE DOVEVA ESSERE FISSA MA è divenuta subito MOBILE!!!!

Il paziente dell'immagine a sinistra aveva fatto da poco un viaggio turistico in un paese extraeuropeo di lingua latina, e con l'illusione di risparmiare si era fatto applicare una protesi (che avrebbe dovuto essere fissa) su 8 impianti, con la famosa tecnica di dentisti stranieri che notoriamente dicono di saper fare bene e precipitevolissimamente in 2 giorni 3 ore 4 minuti e 5 secondi,

quel che noi odontoiatri italiani facciamo in settimane di accurato e paziente lavoro !

Al ritorno in Italia dal lungo odonto-viaggio, non potendo e non volendo ritornare nel paese dell'odonto-protesi il paziente si era rassegnato a tenersi egualmente in bocca la protesi, fino al suo distacco ed all'inevitabile intervento di un dentista italiano.

Inutile dire che il nostro collega ed il suo team, alla vista di quel fallimento protesico sono inorriditi e, reprimendo a fatica un "Caro Signore ben le sta!!", **gli hanno spiegato che non si possono ignorare i tempi biologici di guarigione, i carichi, l'occlusione e, naturalmente, la qualità dei materiali.**

L'hanno poi fatto riflettere sul fatto che:

- . il costo della vita in quel paese è di circa un decimo rispetto al costo della vita italiano;
- . uno stipendio di una assistente odontoiatrica si aggira intorno ai 250€ mensili contro uno stipendio di 1200€ mensili di una assistente di studio italiana, più i contributi che raddoppiano i costi;
- . l'affitto per l'immobile di uno studio in alcuni paesi stranieri si aggira intorno ai 250€ mensili e in Italia è di circa 1500-2500€;
- . il carico fiscale è enormemente inferiore;
- . le norme da rispettare (igienico-sanitarie, rifiuti, radiografico, sterilizzazione, ECM, elettrobiomedicali, marchio CEE, legge 81/08, impianto elettrico, autorizzazioni e chi più ne ha più ne metta) sono praticamente nulle.



“Nota bene, anzi ... benissimo ... Ogni **commento negativo spiritoso o salace**, sulle differenze tariffarie tra i dentisti italiani e i dentisti stranieri è fatto da chi non conosce la verità, perché non considera la grande differenza tra il costo della vita in Italia e il costo della vita dei paesi extraeuropei... **I costi di conduzione di uno studio dentistico italiano sono enormemente più alti** di quelli degli studi dentistici stranieri. Un’ assistente in Italia costa circa **25000€** l’anno. In alcuni paesi “risparmiosi” ne costa solo **2500€!** E che dire dell’affitto o, peggio ancora, dell’acquisto di uno studio?”

XY

“E’ comprensibilissimo che un soggetto cerchi di risparmiare sui costi delle cure e delle *protesi odontoiatriche* e chi può lo faccia pure.

La libertà è una grandissima conquista di tutti, **ma prima di aprire bocca e criticare le tariffe dei dentisti italiani, si sappia che i costi di gestione di uno studio italiano, sono molto più alti** di quelli dei paesi del cosiddetto **“Turismo odontoiatrico”** e fare confronti tra le tariffe italiane e quelle praticate in alcuni di questi paesi dicendo poi che i professionisti italiani siano cari.... Non è in alcun modo corretto.”

YX



ANDI darà supporto medico legale ai pazienti che hanno subito danni dal turismo odontoiatrico. Da oggi è possibile richiedere una visita gratuita

Il turismo odontoiatrico è un problema per la salute dei cittadini italiani e non per la professione odontoiatrica italiana. Per dimostrare questo **ANDI** ha deciso, come già annunciato, di supportare i cittadini che si sono recati all’estero per farsi curare bocca e denti ed hanno avuto problemi o pensano di averli, offrendo una visita gratuita per verificare se la situazione clinica è compromessa o semplicemente per far valutare se la cura è stata eseguita nel rispetto delle regole dell’arte.

Una “task force” composta dalla rete degli esperti in odontologia forense di **ANDI** effettuerà la visita del paziente, una prima ricognizione di ciò che è stato eseguito per capire se vi siano conseguenze censurabili. **ANDI** fornirà anche ai pazienti che hanno necessità di richiedere risarcimenti un vademecum sulle azioni legale da intrapren-

dere Tutti i cittadini che, potendo documentare di essere stati sottoposti a terapie odontoiatriche “nei paesi dell’Est Europa” e ritenendo di aver subito danni, vogliono sottoporsi a tale verifica, gratuita, non dovranno fare altro che contattare **ANDI** attraverso il **numero verde 800911212**, oppure all’indirizzo mail sindacale@andina-zionale.it indicando come oggetto **“Cure Est Europa”** e la località di residenza. In questo modo **ANDI** potrà indicare il dentista esperto più vicino, disponibile ad effettuare la visita.

I dati raccolti verranno trattati con assoluto rispetto del segreto professionale e della “privacy” e verranno poi utilizzati dall’Associazione per una campagna informativa. I dentisti che effettueranno la visita non potranno effettuare eventuali interventi clinici sui pazienti visitati.

IL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Percorso guidato e commentato per la compilazione del documento di valutazione dei rischi lavorativi nello studio odontoiatrico
D.Lgs. 81.08 - Testo Unico sulla Sicurezza

RELATORI Dottori Giorgio Miscetti - Patrizia Bodo
Servizio Prevenzione e Protezione Ambienti di Lavoro ASL 2 Umbria
Dott. Alberto Libero - Segretario Sindacale ANDI Nazionale

PERUGIA 11 MAGGIO 2013 - HOTEL 4 TORRI

La **valutazione dei rischi** è un adempimento che riguarda tutti i Colleghi che hanno personale dipendente presso il proprio studio. Il 31 maggio 2013* (vedi in basso comunicato ministeriale) terminerà la possibilità, per tutti, di effettuare la valutazione dei rischi con l'ausilio dell'autocertificazione. Fino ad oggi questo documento che conserviamo nello studio ci testimoniava una avvenuta valutazione dei rischi lavorativi che, comunque effettuata, non veniva documentata nei suoi molteplici aspetti. Ma tanto era sufficiente. **Dal 31 maggio prossimo l'autocertificazione scompare e i rischi presenti andranno valutati**, secondo i dettami della Conferenza Stato Regioni, **con l'impiego di un documento "semplificato"** predisposto e presentato dalla stessa Conferenza che, a primo impatto, sembra essere "semplificato" probabilmente solo nelle intenzioni.

L'incontro si prefigge di esaminare il possibile percorso per la stesura del previsto documento di valutazione semplificato negli studi odontoiatrici con l'aiuto di esperti ANDI e di rappresentanti dei Servizi Ispettivi della ASL 2 Perugia.

Il confronto ci permetterà di avere più chiaro il percorso necessario alla preparazione di questo documento "semplificato" soppesando i possibili rischi presenti nelle nostre realtà lavorative e suggerendo ai partecipanti il corretto approccio valutativo. La presentazione risulterà comunque assai utile anche a coloro che decideranno di avvalersi di un consulente in quanto la responsabilità dei contenuti rimarrà sempre e comunque in capo al datore di lavoro.

Da ultimo verrà fatta una ricognizione completa della documentazione associata alla sicurezza sul lavoro ed aggiornata al Decreto 81.08.

Il materiale presentato verrà consegnato ai partecipanti sotto formato cartaceo o su supporto informatico.



*Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali*

*Sono pervenute numerose richieste di chiarimento in merito alla proroga del termine per l'autocertificazione della valutazione dei rischi ai sensi dell'art...

omissis...

I datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori effettuano la valutazione dei rischi di cui al presente articolo sulla base delle procedure standardizzate...

omissis...

Per tale ragione, considerato che il decreto interministeriale entra in vigore il 6 febbraio 2013 e stante la proroga "Fino alla scadenza del terzo mese successivo alla data di entrata in vigore del decreto interministeriale", **si precisa che la possibilità per i datori di lavoro di effettuare la valutazione dei rischi con autocertificazione termina in data 31 maggio 2013.**



Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

• ATTENZIONE ALLE APPARECCHIATURE RADIOGRAFICHE

Il Ministero della Salute ha trasmesso a questa Federazione l'allegata nota informativa concernente la pericolosità dell'utilizzo del dispositivo medico **Tianjie Dental Falcon** nei confronti degli operatori sanitari utilizzatori dello stesso.

DISPOSITIVO MEDICO: Tianjie Dental Falcon (tutti i modelli e tutti i numeri di lot/serial number)

FABBRICANTE: Lin Lin Zhengzhou Tianjie Electronic Equipment Co No Youai 3 Strada Città di Zhengzhou Provincia di Henan P.R. Cina

DISTRIBUTORE: Online sul sito web www.ebay.uk
Sono in corso di verifica altri canali di vendita e distribuzione

MOTIVO DELLA COMUNICAZIONE

I test effettuati dall'Agenzia inglese "Health Protection Agency" hanno rivelato che il dispositivo medico **Tianjie Dental Falcon non ha sufficiente schermatura nel tubo a raggi X.**

Ciò comporterebbe in condizioni di carichi di impiego frequentemente elevato, un'esposizione a dosi superiori rispetto alla dose annua così come raccomandata dalla normativa vigente e le norme tecniche in materia di radiazioni ionizzanti.

Si potrebbero, dunque, **causare effetti deterministici a carico degli operatori sanitari, utilizzatori del dispositivo stesso.**

Si informa altresì che il Tianjie Dental Falcon risulta sprovvisto di marchio CE.

RACCOMANDAZIONI DELLA DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL SERVIZIO FARMACEUTICO E DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

Si chiede a tutti gli operatori sanitari coinvolti

- di non utilizzare il dispositivo medico Tianjie Dental Falcon e di porlo in quarantena, dandone comunicazione immediata al NAS.

• NUMERAZIONE FATTURE E RICEVUTE

La legge di stabilità 2013 prevede che le fatture, applicabili alle operazioni effettuate a partire dal 1 gennaio 2013, abbiano un numero progressivo che le identifichi in modo univoco.

L'Agenzia dell'Entrate chiarisce che la tipologia di numerazione progressiva può essere adottata secondo due modalità.

La prima consiste nell'adozione di una **numerazione progressiva per tutte le fatture senza il successivo azzeramento previsto alla fine di ciascun anno solare.** In questo caso, a titolo esemplificativo, se l'ultima fattura emessa in data 31 dicembre 2012 fosse la n. 160, la prima fattura emessa nel 2013 riporterebbe il numero 161.

La seconda prevede invece l'adozione della "**tradizionale**" numerazione progressiva, con azzeramento

all'inizio di ciascun anno solare, individuando unicamente la fattura con l'anno di emissione della stessa. In tale ipotesi la prima fattura emessa nel nuovo anno sarà la n. 1/2013 oppure 2013/1 con azzeramento a partire dal 10 gennaio 2014, data a partire dalla quale sarà ripresa la numerazione n. 1/2014.

E' importante verificare sempre che i numeri progressivi, così come sopra attribuiti, siano trascritti nel registro delle fatture. L'articolo 23 del DPR 633/72 e s.m.i., infatti, prevede espressamente che siano indicati nel registro, per ciascuna fattura, "il numero progressivo e la data di emissione di essa, ... omissis ...". Tutti i medici e gli odontoiatri sono quindi tenuti per la corretta fatturazione delle loro prestazioni a tenere in considerazione quanto sopra esposto e delineato dalla Agenzia dell'Entrate.



ISDE International Society of Doctors for Environment

L'Ordine dei Medici di Arezzo, ha curato la pubblicazione di una monografia del Dott. Ernesto Burgio su "Ambiente e Salute: Inquinamento, interferenze sul genoma umano e rischi per la salute". Tale pubblicazione è stata promossa da FNOMCeO ed ISDE Italia nel contesto del progetto congiunto "Per l'ambiente gli uomini sono responsabili, i medici due volte", al fine di indirizzare e promuovere la formazione in tema di prevenzione ambientale da svolgersi all'interno delle sedi ordinistiche. L'opera consiste nella lettura, analisi ed interpretazione, in chiave di revisione metanalitica, dei principali studi di eccellenza sulla correlazione Ambiente Salute. Essa ha l'indubbio pregio di condurre l'incrocio intelligente dei dati, selezionati ed interpretati con evidente rigore etico-deontologico, a focalizzare l'attenzione della comunità scientifica, e dei colleghi medici in particolare, sui meccanismi biologico-molecolari che, a livello epigenetico, risultano essere i principali mediatori di questa interazione. Il fine è promuovere, con sostanzia-

le fondamento scientifico, riflessioni e azioni di anticipo delle conseguenze patologiche attraverso la riduzione, e potenziale azzeramento, della immissione in ambiente delle sostanze evidentemente (prevenzione primaria) o suppostamente (principio di precauzione) classificabili come tossiche secondo un razionale scientifico aggiornato alle più recenti acquisizioni teoriche ed evidenze cliniche. La monografia ha la finalità di fornire ai medici elementi di conoscenza rinnovati e aggiornati per avvalorare scientificamente questo procedimento razionale, potrà riposizionarne il ruolo all'interno delle comunità di riferimento per quanto riguarda la salvaguardia del bene comune di salute, e non "solo" il suo ripristino (terapia) o la valutazione diagnostica.

Nel mese di settembre, terremo a Perugia, sala conferenze dell'Ordine dei Medici, un seminario formativo (accredito E.C.M. richiesto) di presentazione e illustrazione della monografia Ambiente e Salute da parte del Dottor Burgio, con interventi del Dott. Venezi e del Dott. Romagnoli, rispettivamente Presidente di Perugia e referente Regionale ISDE. Dell'evento si darà una informazione dettagliata da parte della segreteria dell'Ordine sul sito e vi aE-mail. Per avere chiarimenti a riguardo, è possibile contattare direttamente il dott. Maurizio Venezi Presidente ISDE Perugia all'indirizzo: maurizio.venezi@gmail.com o al numero di cellulare: 340 2528113.



CORSO DI AGGIORNAMENTO AUDIT CLINICO

SABATO 25 MAGGIO 2013 - SALA RIUNIONI DELL'ORDINE

- 8.00 Registrazione dei partecipanti
- 8.45 **Prima Sessione**
Introduzione all'Audit Clinico Dott.ssa Daniela Ranocchia
Etica ed Audit Clinico Prof. Cesare Fiore
Preparazione all'Audit Clinico Dott. Piero Grilli
- 10,15 Discussione in plenaria
 10,45 Intervallo
 11,15 **Seconda Sessione**
Realizzare l'Audit Clinico (criterio-indicatori-standard), Dott.ssa Daniela Ranocchia
Realizzare l'Audit Clinico (raccolta e analisi dei dati), Dott. Palmiro Riganelli
Attuare le azioni di miglioramento e rivalutare i risultati, Dott.ssa Daniela Ranocchia
Progetti realizzati in Medicina Generale e nell'ambito ospedaliero, Dott. Mario Berardi e Dott. Antonio Selvi
- 13,45 Discussione in plenaria
 14,15 Conclusioni, Dott. Piero Grilli
 14,30 Questionario di Apprendimento
 15,00 Chiusura Lavori.



IL BURNOUT DEL MEDICO: DALL'AIUTARE ALL'ESSERE AIUTATO

11 Maggio 2013 - PERUGIA Teatro dell'ONAOSI

- 08,30 Registrazione partecipanti
- 09,00 Presentazione del convegno da parte dei presidenti del convegno:
(*prof. Roberto Quartesan - dott. Tiziano Scarponi*)
- Saluto delle autorità
- 09,30 Burn out: la sindrome delle helping professions
(*Dott. A. Fiorillo*)
- 10,00 Burnout: i dati della Medicina Generale
(*Dott.ssa M. S. Padula*)
- 10,20 Stress sul lavoro e sindrome del burnout tra i medici ospedalieri
(*Dott. M. Piselli*)
- 10,40 Burnout come fattore di rischio di errore in medicina
(*Dott. D. Parretti*)
- 11,00 Discussione
- 11,15 Coffe Break
- 11,30 **TAVOLA ROTONDA :**
Quali possibili risposte da parte della professione?

Moderatori:

Dott. Graziano Conti, Dott. Giuseppe Legato

Dott. Sandro Fratini	<i>L'Azienda Territorio</i>	Dott. Marco Rondini	<i>Il Pronto Soccorso</i>
Dott.ssa Patrizia Moretti	<i>La psichiatria ospedaliera</i>	Dott. Gianfranco Salierno	<i>La psichiatria territoriale</i>
Dott. Walter Orlandi	<i>L'Azienda Ospedale</i>	Dott. Tiziano Scarponi	<i>La medicina generale</i>

La partecipazione al convegno e' gratuita.
Per l'iscrizione telefonare alla segreteria dell'Ordine dei Medici 075 5000214
o inviare un E-mail a: uffici@ordinemediciperugia.it



Guardiamo lontano per raccontarvi il futuro

Siamo cresciuti naturalmente,
per essere pronti a raccogliere le nuove sfide.

**Cassa di Risparmio di Fabriano e Cupramontana:
il futuro è adesso.**

www.carifac.it

Numero Verde
800 373797



**CASSA DI RISPARMIO DI
FABRIANO E CUPRAMONTANA**

GRUPPO VENETO BANCA