

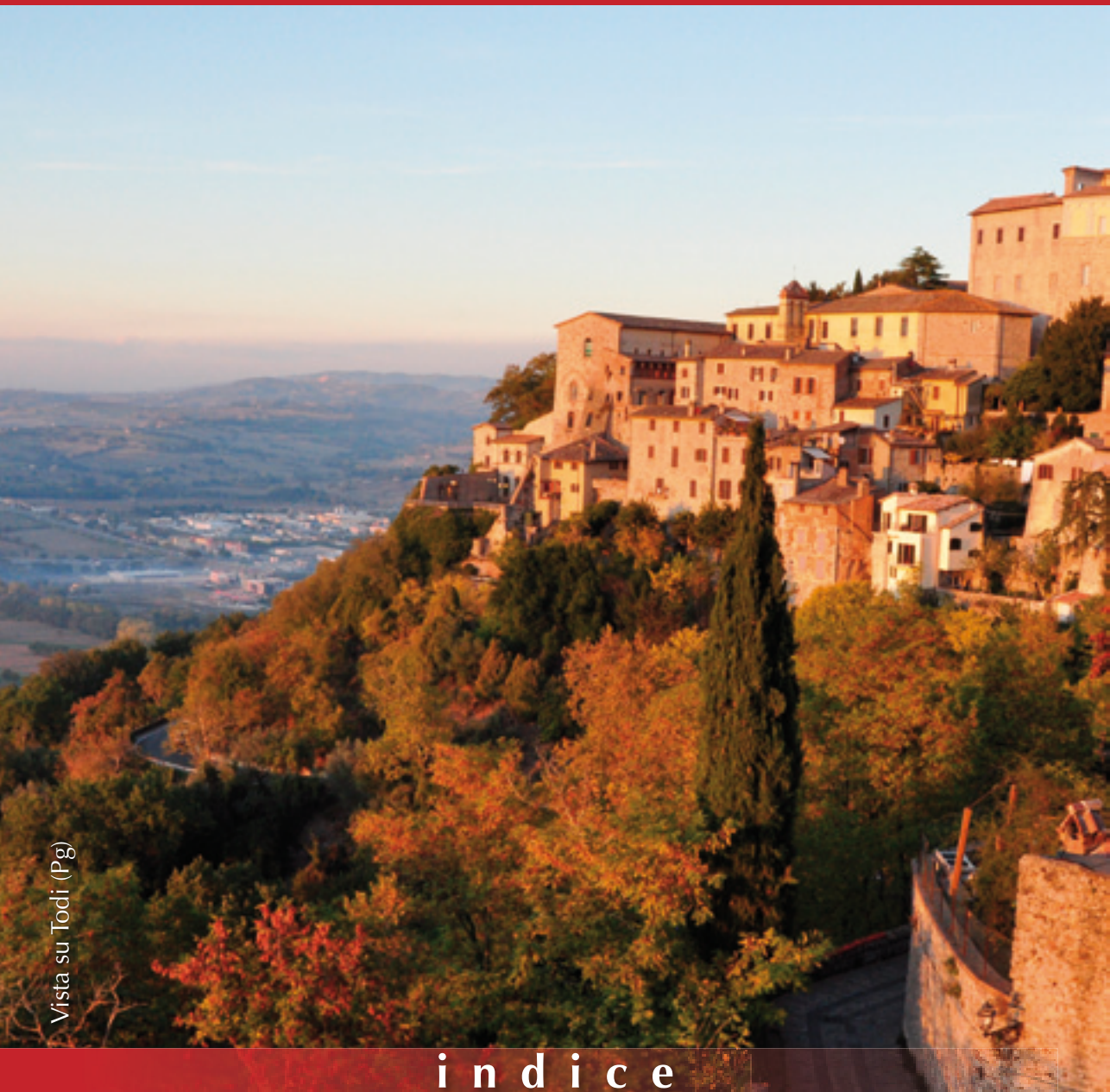


Bollettino

03
2013

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 03/2013



Vista su Todi (Pg)

i n d i c e

C'ERA UNA VOLTA...
Quale senso
nella Medicina
Narrativa?

pagina 3

**SEMPRE A
PROPOSITO DI
MEDICI LEGALI**

pagina 6

**EPIDEMIOLOGIA
CRITICA PER LA TUTELA
DELLA SALUTE DEGLI
ESPOSTI A INQUINANTI
AMBIENTALI**

pagina 10

IL FEMMINICIDIO

pagina 11

**ABUSIVISMO:
È ORA DI DIRE
BASTA**

pagina 14

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 03/2013

Sommario

C'ERA UNA VOLTA...

QUALE SENSO NELLA MEDICINA NARRATIVA?	3
SEMPRE A PROPOSITO DI MEDICI LEGALI	6
DONNE UCCISE E VITTIME DI VIOLENZA: DISPONIAMO DEI DATI MIGLIORI?	8
EPIDEMIOLOGIA CRITICA PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ESPOSTI A INQUINANTI AMBIENTALI	10
IL FEMMINICIDIO; COSA CI DICE IL RAPPORTO EURES?	16
L'ELETTROSENSIBILITÀ: UNA NUOVA SINDROME LEGATA ALL'ELETTROSMOG	19
LA RICERCA DI UN FIGLIO DA PARTE DELLA COPPIA MUSULMANA: NOSTRA ESPERIENZA PER DIVERSITA' DI APPROCCIO E DIVERSITA' CULTURALE	22
USLUMBRIA1 - NEOPLASIE CORRELATE AL LAVORO	25
DEFINITIVA VITTORIA SINDACALE, IL PARLAMENTO APPROVA L'ESCLUSIONE DEI DENTISTI DAL SISTRI	26
ABUSIVISMO: E' ORA DI DIRE BASTA	27
FARMACI ANTIDEPRESSIVI E MODIFICAZIONI ELETTROCARDIOGRAFICHE	31
CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI	28

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



C'ERA UNA VOLTA... Quale senso nella Medicina Narrativa?

Dott. Tiziano Scarponi

Con l'espressione c'era una volta, la nostra mente rimanda a ricordi della nostra infanzia. A storie lette da un viso di donna ancor giovane che con amore e passione ci leggeva, ci entusiasmava, ci preoccupava, ci rallegrava... Passa il tempo e cambiano le situazioni. Passano eventi, passano uomini e fatti, ma in fondo in fondo se uno ci prova, se uno si mette in posizione d'ascolto le storie sortiscono sempre lo stesso effetto. Entusiasmano, preoccupano o rallegrano, ma ora che siamo "dottori" adulti, mai vecchi, le storie aiutano a capire. Eccone una.

Sono oramai quasi le venti e se Dio vuole non c'è più nessuno. Siamo a oltre un'ora di ritardo rispetto al previsto orario di chiusura dell'ambulatorio. Sono alle prese con gli invii telematici delle certificazioni di malattie e, come sempre accade quando hai fretta, sbagli qualche tasto e ti tocca ricominciare daccapo la procedura. Arriva, come se fosse la cosa più normale di questo mondo a quest'ora, il signor Ludovico di 80 anni che trovando la porta aperta, incurante di tutto, si siede e comincia a dire che ha una specie di nodo allo stomaco che da diverso tempo gli toglie del tutto l'appetito. Lo guardo, d'istinto vorrei rispondergli in malo modo, invece, vuoi per il rispetto della sua età, vuoi

perché è rimasto vedovo da poco più di un anno e insieme abbiamo percorso tutto il doloroso cammino della moglie morta di cancro, faccio al volo qualche domanda di rito: da quanto tempo precisamente, se è dimagrito e se ha nausea e vomito. Non aspetto nemmeno le risposte, gli stampo una richiesta di analisi del sangue vedendo che sono oltre tre anni che non le fa e lo licenzio a denti stretti per evitare che una sua ulteriore permanenza in studio mi faccia superare la soglia della buona creanza.

Passa qualche giorno e Ludovico ritorna con i risultati delle analisi e mentre le sto interpretando, mi dice: "Sono molto preoccupato, pensi dottore, che per far passare il nodo allo stomaco che le dicevo l'altra volta, sono costretto a mangiare sempre qualcosa...." "Aspetti, aspetti!" rispondo io "ma la volta precedente mi aveva riferito che non aveva più appetito e ora invece mi dice il contrario? C'è qualcosa che non quadra! Facciamo una cosa, Ludovico, l'ambulatorio è quasi vuoto, abbiamo tanto tempo per cui mi racconti tutto per bene dall'inizio per farmi capire, mi dica tutto, anche i suoi stati d'animo e quello che pensa possa nascondere o essere questo sintomo che mi riferisce. Le analisi vanno bene, c'è solo un pizzico di trigliceridi e qualche

altra piccola sfumatura senza nessun significato”.

“Dottore mio, lei sa bene che oramai è quasi un anno che sono rimasto vedovo. Mia figlia vive a Verona ed il figlio maschio è come se non ci fosse... passo la maggior parte del tempo da solo. Gli amici da vecchi non si fanno e quei pochi che sono rimasti stanno peggio di me. Ogni tanto provo a tornare al mio paese natale di Gualdo, dove ho ancora una casetta, ma è peggio! E' come se fossi uno straniero, non conosco più quasi nessuno e il nodo alla gola, allo stomaco aumenta. Tutte le volte la stessa storia. Quando si avvicina l'ora del pranzo e della cena, mentre mi trovo ai fornelli per cucinarmi qualcosa e parlo da solo o con la televisione, lo sento arrivare, è come un qualcosa che mi consuma, un groppo che mi logora e che passa per un po' dopo che ho mangiato qualche boccone e bevuto un bicchieretto di vino.....” Mentre parla lo osservo. Gli occhi sono lucidi ed evitano il contatto visivo con i miei, il tono della voce mesto, la mimica è rigida e la gestualità ridotta al minimo, la barba non fatta... penso proprio che a questo punto la diagnosi del nostro nodo allo stomaco sia fatta.

Mi perdonino i veri esperti del settore, ma questo è un piccolo esempio su come un approccio narrativo riesca a far arrivare alla diagnosi senza dover ricorrere a tante tecnologie o ausili diagnostici. Oramai non ci sono più dubbi, a fianco dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) in maniera parallela, non alternativa, si colloca la *Narrative Based Medicine*. (NBM). L'origine della medicina basata sulla narrazione o medicina narrativa come preferisco chiamarla, di fatto, si perde nella notte

dei tempi: Ippocrate nel V secolo avanti Cristo definisce un modello olistico di approccio al malato. Però, è alla fine degli anni '70 che lo psichiatra statunitense George Limban Engel, forte dell'eredità di Martin Heidegger e della filosofia ermeneutica che sancisce l'inseparabilità fra Soggettività ed Oggettività, teorizza l'approccio biopsicosociale da affiancare a quello biomedico. Il passaggio successivo è quello dell'antropologo medico Byron Good che per primo parla di NBM come modello per interpretare il “vissuto di malattia “del paziente, per arrivare ai giorni nostri con Rita Charon che definisce nello storico articolo del 2001 su JAMA gli obiettivi della medicina narrativa: *“La Medicina Narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia: aiuta medici, infermieri, operatori sociali e terapeuti a migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessioni, rappresentazione e affiliazione con i pazienti e i colleghi* “. Da allora la Medicina Narrativa ha acquisito, soprattutto negli Stati Uniti, la piena dignità di disciplina scientifica e viene insegnata all'Università e anche da noi sta suscitando molto interesse con progetti finanziati dall'Istituto Superiore di Sanità, la nascita di una società scientifica e tante altre iniziative. Mi preme però porre l'accento come questa non debba essere considerata solo un modo per facilitare una diagnosi, sarebbe troppo riduttivo. Mettere in pratica la narrazione significa per certi aspetti un rovesciamento di paradigma sulla possibilità della nostra stessa

conoscenza: non più un soggetto ed un oggetto in un rapporto lineare, ma due soggettività in rapporto circolare. Ma c'è ancora di più. Come dice il mio amico Sergio Boria, psicoterapeuta sistemico-costruttivista, autore del magnifico saggio: "Verso una Medicina della Complessità" che consiglio a tutti i medici di leggere, la NBM diventa una *"pratica di etica per eccellenza. Significa basare l'idea di rispetto sul riconoscimento dell'altro, e quest'ultimo sulla consapevolezza di sé, e di come ogni nostra descrizione del mondo diventi in sostanza un'autodescrizione."* In parole più semplici con la Medicina Narrativa impariamo a riconoscere non solo le emozioni dell'umano che ci troviamo di fronte, ma anche le nostre stesse emozioni, diventando di fatto degli esperti in "umanità". Come dice ancora il mio amico Boria *"la medicina narrativa rappresenta un modo di procedere isomorfo al funzionamento dei sistemi viventi."*

Quest'ultimi sono sistemi storico-evolutivi. Ciò che vive evolve, si trasforma ma sempre all'interno di precisi vincoli organizzativi, così come una storia si muove all'interno di vincoli narrativi.

In particolare ciò che evolve nei sistemi viventi (ad esempio una persona, o

la sua famiglia d'appartenenza) è l'organizzazione interna al sistema e i suoi rapporti con l'ambiente. Inoltre così come i sistemi viventi nascono, divengono e poi muoiono, così fanno anche le storie.

Cosa sto cercando di dire? Sto cercando di dire che parlare il linguaggio della medicina narrativa (e cioè parlare per storie) probabilmente vuol dire parlare un linguaggio più in sintonia con il funzionamento della vita stessa (in salute e in malattia) e che permette al medico e al paziente di costruire/tessere percorsi terapeutici in grado di dare risposte più adeguate alla complessità del malessere che si vuole curare".

E poi? Lasciatemi chiudere alla mia maniera. In maniera semplice, forse troppo lineare o istintiva, senza andare, apparentemente, tanto in profondità e complessità.

Ma se a Ludovico avessi somministrato il questionario Hamilton o il test PRIME-Med come sarebbe previsto per fare diagnosi di depressione. Se avessi usato tali strumenti al posto di ascoltare la sua storia. Chi si sarebbe emozionato? Chi rallegrato? Chi preoccupato? Quali immagini si sarebbero formalizzate nella nostra mente?...





SEMPRE A PROPOSITO DI MEDICI LEGALI

Dott. Marco Rondini

La pubblicazione di questa lettera è stata preceduta da un lungo dibattito e confronto tra i componenti del Comitato di Redazione del Bollettino. Qualcuno voleva cestinarlo, qualche altro togliere le righe a maggior tono polemico. Alla fine è prevalsa la tesi della pubblicazione del testo integrale pur sapendo di incorrere in reazioni per certi aspetti giustificate da parte dei colleghi Medici Legali. Questa lettera infatti è una “forte” dimostrazione dei tempi che corrono, del disagio cui versa la nostra categoria medica e non potevamo certo sottrarci dal testimoniare questo status quo, con la speranza di dar vita ad un confronto aperto e leale senza arroccamenti in posizioni di scontro e di polemica.

(nel senso che non compete loro) con queste parole: “...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”

Proprio oggi ho avuto copia della perizia medico legale sulla base della quale dovrò essere giudicato penalmente in merito ad una querela di circa un anno fa. Il CTU dichiara, al termine delle operazioni peritali, che “non vi è stato errore diagnostico o terapeutico e gli accertamenti sono stati completi e rispondenti al caso”. E tuttavia anche in questo caso, come sempre più spesso accade, la querela nei miei confronti è stata supportata da un avvocato e da un perito di parte (non affiancato da alcuno specialista inerente il caso) che invece che consigliare per il meglio il proprio cliente lo hanno fomentato e indotto a credere di poter esercitare una maggior pressione per la rivalsa economica avvalendosi di una denuncia penale.

Pertanto mi sembra strano è che non abbiano raccolto il problema messo lì dal Professor Della Torre tutti i medici la cui specialità obblighi ad avventurarsi in attività “ex ante” e non “ex post” cioè una diagnosi ed una terapia che possono avere

Vorrei tornare di nuovo su quell'articolo del professor Paolo Della Torre pubblicato sul Bollettino numero 3 del 2012: è abbastanza strano che a distanza di mesi non ci siano state risposte se non quelle risentite (non si capisce a quale titolo) dei medici legali accusati di essere “incompetenti e pronti a sostenere tesi del committente”. Naturalmente non si sono lamentati gli avvocati “dei tanti oggi famelici ed organizzati” pronti a gettarsi in qualunque impresa della quale possano trarre profitto, anche se sono tanti, solo perché non leggono questo bollettino. Del resto gli stessi medici legali, nella loro lettera di risposta hanno ribadito la propria incompetenza

complicanze o effetti collaterali; quelli che sono costretti, loro malgrado, ad una medicina difensiva sempre più spinta e sempre più avvilente. Tutti gli specialisti nei vari settori i quali possano, in base alla propria esperienza, testimoniare in quanti casi, in cui era da valutare la loro responsabilità professionale, la figura del medico legale sia stata effettivamente affiancata a quella dello specialista nella disciplina che inerisce il caso trattato oppure il perito abbia espresso valutazioni personali quindi non inerenti alla propria specialità. La mia personale esperienza è composta solo da casi in cui il parere del medico di parte non sia stato affiancato da alcun altro specialista ed abbia trovato confronto solo nel medico legale dell'altra parte. Essere di parte non significa potersi permettere di avallare qualunque richiesta.

Stanti così le cose ha poco senso il buon senso, le linee guida, la professionalità e l'esperienza perché in qualunque momento una qualunque complicanza anche se prevedibile e prevista può essere interpretata in prima persona da un avvocato che non sa trovare il limite alla propria protervia, e quando poi, umilmente, ritenga necessario il parere di un medico, ne trova quasi sempre uno (e non necessariamente medico legale) pronto a sostenere la tesi del committente, proprio come un avvocato pur essendo un medico e rischiando pertanto di esporsi a certificazioni compiacenti.

Basti pensare che sullo stesso episodio si possano avere tre esperti dei quali due delle opposte parti esprimano pareri spesso totalmente discordi nell'interesse del proprio committente ed il terzo, il CTU debba dare ragione di volta in volta all'uno o all'altro o, a volte, con difficoltà, mediare tra i due.

Io ricordo, quando entrai a lavorare in ospedale, come il nostro primario, il compianto Prof. Covarelli, fosse chiamato con una certa frequenza ad esprimere il proprio parere "in forma ufficiale" in corso di procedimenti penali volti a giudicare l'operato di medici di Pronto Soccorso di altre sedi. Il giudice, per giudicare una eventuale condotta colposa si basava sul parere veramente esperto di un primario della stessa materia. Erano i tempi in cui si considerava importante "una buona pratica clinica". Le scelte terapeutiche erano intraprese nell'esclusivo interesse del paziente e non in difesa di se stessi. Poi l'inversione dell'onere della prova ha invertito anche il buon senso nel giudizio dell'operato clinico del medico e, visto che la medicina non è una scienza esatta, qualunque fatto può essere interpretato a posteriori *"...senza la specifica competenza, con i risultati distorti che la nostra attività ci permette di verificare quotidianamente"*.

Il professor Della Torre giunge alle conclusioni con quella bellissima frase che è naturalmente una voluta esagerazione, ma che riassume la situazione attuale di totale incertezza: *"...se si è del tutto innocenti si ha un 50% di probabilità di essere condannati e se si è colpevoli si ha un 50% di probabilità di essere assolti o prescritti..."*

Io invece vorrei giungere ad una diversa conclusione: vorrei invitare attraverso questo bollettino gli stessi colleghi medici (legali o no), e sono certo che ci siano molti professionisti seri che si riconoscono in quanto ho detto, a censurare e, nei limiti del possibile, stigmatizzare questa tendenza pericolosa alla certificazione selvaggia mascherata dietro al termine di "perizia di parte".



DONNE UCCISE E VITTIME DI VIOLENZA: DISPONIAMO DEI DATI MIGLIORI?

Dott. Marco Petrella

Non c'è bisogno di tanti dati per stabilire che la violenza sulle donne è inaccettabile e che la lotta alle sue varie forme è una priorità in questo paese e in molti altri paesi del mondo. L'indagine ISTAT che ha fin qui fornito i dati più interessanti risale al 2006 e si basa su interviste a donne tra i 16 e i 70 anni (<http://dati.istat.it/?lang=it>). In questa indagine si rivelava che **il 31% delle donne italiane riferivano d'aver subito una qualche forma di violenza da parte di un uomo**: massimo 35,9% nel centro Italia, minimo 24,2% nelle Isole. E' difficile interpretare queste differenze regionali: al sud la situazione è migliore o è diversa la disponibilità ad esplicitare il problema? In Umbria, con il 28,6%, si può dire che la situazione non si discosta di molto dalla media Italiana, mentre è abbastanza lontana da quella del resto del centro Italia.

Una indagine più recente del 2010 su “**Le molestie e i ricatti a sfondo sessuale**” sembra confermare questo trend nord-sud. Ma se la domanda sulle molestie si restringe agli ultimi tre anni, il primato va alle donne del Sud. Quindi, quando a parlare sono le più giovani le differenze diminuiscono e in parte si invertono.

Fermo restando quindi che il problema

esiste, i dati di mortalità potrebbero offrirci informazioni meno soggette a problemi interpretativi? Soprattutto potrebbero fornirci elementi per lavorare su quelle differenze geografiche e temporali utili per fare ipotesi di intervento e valutazioni di risultato?

In effetti, anche i dati sulla mortalità per omicidio vengono spesso citati, ma solo in termini di percentuale di donne tra le vittime (si dice: **“il 30% delle vittime di omicidio sono donne”**), ma è chiaro che questa percentuale rischia di variare sul territorio italiano e nel tempo soprattutto in dipendenza della distribuzione delle violenze connesse alla criminalità e che coinvolgono soprattutto maschi. Al momento i dati più aggiornati e prontamente disponibili sul sito dell'ISTAT sono quelli relativi al 2009 e al 2010 (<http://dati.istat.it/?lang=it>). In effetti in questi due anni risultano registrati tra i residenti in Italia 866 omicidi di cui 609 uomini e 257 donne. In media quindi le vittime di sesso femminile costituiscono il 30% circa del totale, ma questo non è vero in tutto il paese. La percentuale minima di donne tra le vittime di omicidio si vede al sud, mentre è ben più alta nel Nord-ovest, Nord-est; nel 2010 tale percentuale

sale un po' dovunque (tranne che nel centro Italia).

Ma se guardiamo ai tassi di mortalità, vedremo che:

- i tassi di mortalità per omicidio tra i maschi scendono leggermente nei due anni considerati (quindi l'aumento di percentuale di donne dipende dal fatto che i tassi femminili non scendono);
- i tassi di mortalità per omicidio tra le donne del Sud non sono più bassi che nel resto d'Italia, mentre al Sud sono certo più alti quelli per omicidio tra i maschi.

A quel che mi risulta, una serie storica più lunga sulla mortalità in Italia è fornita dall'Istituto Superiore di Sanità ma senza disaggregare gli omicidi; una serie storica molto lunga sugli omicidi è fornita dall'ISTAT ma senza disaggregare per sesso; statistiche sui reati sono fornite dal Ministero di Grazia e Giustizia, ma non in forma di tassi. Tra i Registri Tumore consultati solo quello Umbro e quello Veneto riportano dati sul tema della mortalità per omicidio tra le donne, ma solo quello Umbro permette rielaborazioni su base spaziale e temporale a scelta del ricercatore.

In conclusione:

- **la percentuale di donne uccise** sul totale degli omicidi è un indicatore che rischia di mutare soprattutto con il mutare nelle aree geografiche e nel tempo dei metodi criminali di controllo e spartizione del territorio;
- **una maggiore disponibilità**

di serie storiche relative a tassi di mortalità per omicidio disaggregati per genere sarebbe auspicabile a livello nazionale presso i siti dell'ISTAT e dell'ISS;

- **la sanità** è solo uno degli attori in campo nel prevenire il fenomeno della violenza sulle donne, ma certo ha le competenze per provare a misurare l'andamento del fenomeno e quindi contribuire a individuare le criticità e a valutare i risultati delle azioni preventive messe in atto;

Questa riflessione non vuole dire nulla sul fenomeno, preoccupante in sé, ma sulla opportunità e possibilità di un miglior uso dei dati. Non è neanche una revisione esauriente della disponibilità di dati inerenti al femminicidio, ma solo un segnale sulla non facile reperibilità di tali dati nei siti più noti e accessibili. Per centri di ricerca epidemiologica nazionali e regionali sarebbe relativamente facile colmare le lacune attuali in termini di serie storiche e analisi geografiche. Se questi dati dovessero risultare già disponibili là dove non ho saputo cercare, ne sarò felicissimo. Se non fossero ritenuti utili o pertinenti sarebbe interessante discutere tale posizione.

Nel frattempo, come descrivo altrove, altri centri di ricerca, non sanitari, producono dati e suscitano dibattiti sull'emergenza del femminicidio, senza il contributo degli epidemiologi.



Epidemiologia critica per la tutela della salute degli esposti a inquinanti ambientali

Dott. Carlo Romagnoli Referente ISDE Umbria

Una analisi non “embedded” delle relazioni tra salute e ambiente ci porta oggi a prendere atto della esistenza di problematiche tanto complesse quanto poco conosciute e ancor meno affrontate.

1) Nel biocapitalismo siamo tutti posti di fronte al fatto che “il biopotere” mette a valore la nostra vita ed i territori in cui viviamo in un processo di espropriazione del comune¹ che ha impatti sulla nostra salute, su quella delle altre specie viventi e sulla qualità dell’ambiente in cui noi e loro viviamo, ma ha anche un impatto più generale sulla qualità della nostra esistenza e sulla percezione del futuro su cui si addensano fosche nubi per effetto della precarietà, dell’impoverimento, del cambiamento climatico², ecc.

Ma restando al tema delle lotte per la salute se noi vediamo che da Taranto alla Campania, da Brescia a Niscemi, l’Italia è attraversata da lotte per la salute e in Umbria c’è tutto un pullulare di comitati che lottano per la difesa di salute e ambiente, occorre anche considerare che esse si trovano in grande difficoltà perché si scontrano sia con gli interessi dei privati³ ma anche con gli interessi di quello che una volta noi chiamavamo “pubblico”. Infatti nella contemporaneità, ai danni

provocati da iniziative private sempre più sconsiderate, si aggiunge il fatto che *il “pubblico” fa politiche di servizio al privato*⁴ e questo noi lo vediamo:

- a livello macro dove lo Stato pur di pagare quasi 100 mld di euro di interessi all’anno a banche e finanziarie tanto ricche quanto non trasparenti, taglia risorse ai servizi sociali e sanitari, promuove privatizzazioni e saccheggia quanto produciamo in comune;
- nelle politiche del settore energetico e dei rifiuti, dove si attivano impianti a biogas, biomasse, inceneritori, discariche ecc. garantendo ai gestori guadagni di lungo periodo grazie a incentivi pubblici e tutelando i loro investimenti tramite politiche di controllo ambientale che scaricano sugli esposti l’onere della prova dei danni alla salute ed all’ambiente;
- nell’insistere su saperi che continuano a fondare gli interventi di prevenzione pur essendo obsoleti in quanto superati da nuove conoscenze scientifiche.

In questo panorama potenzialmente catastrofico il primo problema è quello di mettere in campo delle azioni che ci permettano di riprendere il controllo dei servizi, tramite:

- attivazione di processi che coinvolgano ampie comunità, valorizzando come elemento comune la

soggettivazione creata dalle esposizioni evitabili ad inquinanti ambientali;

- collegamento tra le zone in cui si registrano mobilitazioni e lotte su salute e ambiente;
- pressione sui momenti decisionali perché diventino trasparenti;
- abbattimento di quella che abbiamo chiamato “*interdizione*” che oggi gli esposti subiscono da parte dei servizi pubblici: quando si parla di salute per noi decide qualcun altro, in genere un ministro, un direttore di dipartimento di prevenzione o dell’AR-PA o un responsabile di qualche servizio di prevenzione ambientale: di norma noi cittadini non veniamo mai interpellati.

Oltre a questi aspetti “tecnico politici” va poi tenuto presente che sono cambiati e di molto gli orizzonti scientifici negli ultimi 10 anni e le nuove conoscenze disponibili mettono in crisi gli assunti (o se vogliamo i dogmi) su cui si basa quella che oggi può essere definita l’epidemiologia neoliberista: cioè il fatto che in ultima analisi dal 40 al 60% dei determinanti delle malattie sarebbe da attribuire alle esposizioni determinate dai comportamenti individuali per cui vale la pena di liberare l’industria dai lacci e dai laccioli dei controlli e delle autorizzazioni, lasciando libera l’iniziativa privata di esprimersi e di contribuire al benessere di tutti.

Ora, questo è sempre più falso se pensiamo alle evidenze scientifiche disponibili oggi nel campo dei determinanti ambientali, ma anche alle nuove conoscenze scientifiche che abbiamo in due settori estremamente importanti:

- il primo è quello dell’epigenoma⁵,

dove le ricerche ci dicono che noi non diveniamo quelli che siamo in base ad un funzionamento meccanicistico del nostro codice genetico; il nostro codice genetico fornirebbe una specie di dizionario, dopo di che quello che sta intorno al DNA che è l’epigenoma condizionerebbe la scelta delle parole contenute in questo dizionario, cioè partecipa alla espressione delle caratteristiche che poi formano lo specifico individuo, influenzando così sia la sua concretezza che la sua sensibilità a specifici determinanti ambientali; noi sappiamo che questo epigenoma riesce a inserire sul DNA dei segnali sotto forma di gruppi metilici che a loro volta permettono di far esprimere o meno alcune caratteristiche genetiche dell’individuo a seconda delle circostanze ambientali e questa attività di metilazione può essere influenzata anche da inquinanti ambientali: pertanto gli inquinanti ambientali possono, anche a piccolissime dosi, determinare l’espressione di alcune caratteristiche del patrimonio genomico ed aprire pertanto la strada allo sviluppo di un ampio ventaglio di malattie che possono esprimersi anche sul piano trasngenerazionale;

- la seconda grande evidenza su cui stiamo ragionando è quella relativa al fatto che le sostanze inquinanti funzionano come **sregolatori del sistema endocrino⁶** ovvero come **interferenti endocrini**: i chimici hanno osservato che la diossina ha una struttura molecolare che è molto simile a quella degli estrogeni e questo ci ha permesso di iniziare a capire che le sostanze inquinanti non funzionano soltanto in base a meccanismi di dose effetto (ancora meccanicismo!) ma

funzionano anche mimando il ruolo degli ormoni, con un effetto che può essere molto forte in determinate fasi della vita (gestazione, prima infanzia, pubertà, ecc) e/o sulla base di determinazioni epigenetiche e che può far sì che anche esposizioni al di sotto di quelle che oggi sono individuate come soglie accettabili di esposizione in base alle ipotesi patogenetiche basate sulle conoscenze precedenti a queste scoperte, possono determinare un ampio ventaglio di malattie.

Così sulla base di queste nuove conoscenze si va oltre il “solito” discorso del cancro, perché non stiamo parlando solo di cancerogenesi, stiamo parlando del ruolo di inquinanti ambientali come fattori che determinano molte malattie e condizioni oggi classificate come cronico - degenerative: diabete, obesità, patologie da alterano sviluppo del SNC e connesse a deficit della tiroide nella vita intrauterina, molte malattie dello sviluppo del bambino. L'ipotesi patogenetica basata sugli interferenti endocrini acquista sempre più valore nella comprensione di questi ed altri fenomeni come l'abbassamento dell'età del menarca, la diminuzione del numero di spermatozoi negli uomini, molte malattie fino ad oggi definite su base autoimmunitaria, ecc.

3) Da questo punto di vista noi abbiamo bisogno di una nuova epidemiologia.

L'epidemiologia che ci serve è una epidemiologia che non accetti assolutamente di fare da testimone del danno ma che si concentri sulla rilevazione e sull'abbattimento dei rischi.

In particolare sui rischi dobbiamo dare la priorità alla misurazione del carico

chimico complessivo cioè la quantità di particelle che hanno un diametro intorno a 0,5 micron e comunque inferiore a 2,5 micron sia perché quelle sono le particelle che hanno la capacità di modificare sia l'epigenoma che di interferire con le delicate funzioni ormonali nella fase dello sviluppo e poi per tutta la vita, sia perché nelle prospettive patogenetiche sopra richiamate è verosimile assumere che le sostanze interagiscono con i sistemi biologici ed i loro effetti possano essere cumulativi, per cui ha poco senso dire che questa o quella sostanza rientra nei limiti previsti dalla normativa senza guardare al complesso del carico chimico totale.

Ne deriva poi che, se è vero che molti territori oggetto di clamorosi fenomeni di inquinamento ambientale si battono per l'attivazione di registri tumori, occorre considerare che di certo i registri tumori sono strumenti utili per il monitoraggio dell'andamento del fenomeno oncologico in una definita popolazione, nonché per valutare la qualità della assistenza oncologica, dato che possono fornire sia misure di sopravvivenza per sede, stadio alla diagnosi che confronti tra territori e periodi temporali diversi. Però, visto che i periodi di latenza per le patologie tumorali ruotano intorno ai 20-30 anni, noi possiamo avere una situazione per cui il registro tumori evidenzia un eccesso di casi che potrebbe trovare spiegazione in esposizioni vecchie di 20-30 anni, mentre potremmo trovarci con valori di incidenza dei tumori che rientrano nell'atteso mentre invece è in atto una “epidemia” di esposizioni i cui effetti sarebbero misurati solo 20-30 dopo; inoltre la attivazione ed il mantenimento ad un livello di qualità

che rende affidabili le misure impegna molte risorse per lunghi periodi di tempo, mentre la messa a regime dei dispositivi che nutrono le misure richiede un certo numero di anni.

Quindi se su un territorio c'è una fonte inquinante, attivare un registro tumori potrebbe non essere la priorità, ma un modo per continuare ad assegnare *l'onere della prova degli effetti patogeni dell'inquinamento ambientale ai corpi ed alle vite degli esposti*, oltre al fatto che, per quanto sopra detto le esposizioni ad inquinanti ambientali non causano necessariamente tumori, ma molte malattie fino ad oggi classificate come cronico degenerative ed imputate a stili di vita individuali.

Invece l'attivazione di misure sul carico chimico complessivo cui vengono esposte le popolazioni sembra poter fornire indicazioni tempestive, utili per ridurre il ritardo evitabile nell'abbattimento delle esposizioni e monitorare in tempo reale l'efficacia degli interventi, spostando così l'onere della prova su chi inquina e su chi riceve lo stipendio per produrre interventi efficaci.

4) Per finire alcuni cenni sulle iniziative possibili in questa situazione delicata che vede la necropolitica⁷ al centro dell'iniziativa congiunta di privato e pubblico⁸ e un bypartisan approccio proattivo nell'allontanamento dei pochi dirigenti dotati di indipendenza di giudizio dagli incarichi di responsabilità, come è apparso evidente nella questione della TAV di Firenze⁹.

Il primo elemento da valorizzare consiste nella ricerca attiva da parte delle comunità esposte a rischio di saperi e competenze in grado

di supportarle in questa difficile battaglia: attraverso internet e la rete gli esposti condividono le conoscenze, organizzano iniziative e dibattiti, si oppongono alla messa valore dei territori: in Umbria negli ultimi due anni si sarebbero attivati tra 40 e 50 comitati il che da l'idea della ampiezza dell'aggressione a cui sono sottoposti i nostri territori; questo insieme di iniziative sta comportando un processo di soggettivazione dei tecnici (in particolare pediatri e medici di base, biologi, chimici, veterinari e, su un altro versante, giuristi e avvocati) in analogia con quanto avveniva negli anni '70 con le lotte per la salute nelle fabbriche che aveva portato alla soggettivazione - oggi ampiamente rientrata - dei medici del lavoro. Questa interazione virtuosa deriva dal fatto che la popolazione è sempre più informata: infatti la rete oggi permette l'auto comunicazione di massa¹⁰ e la condivisione di saperi ed esperienze da luogo ad applicazioni concrete del principio di precauzione a livello multitudinario: questo è avvenuto con particolare chiarezza nel caso della vaccinazione H1N1 in cui l'OMS, influenzata da un panel di esperti connotato da forti conflitti di interesse, aveva dichiarato un allarme pandemia, dando il via ad una vaccinazione di massa basata su vaccini poco sicuri e quindi su un rapporto rischi benefici sostanzialmente incerto; ebbene in questo caso l'auto comunicazione di massa attraverso la rete ha portato alla diffusione delle informazioni "giuste" e nonostante gli inviti delle autorità sanitarie e degli igienisti (sic!) le persone non hanno messo i propri corpi a disposizione dell'industria: così il tasso di adesione alla vaccinazione

non ha superato l'11%, un esempio da manuale in cui la biopolitica batte il biopotere!

Bisogna inoltre tenere presente che l'affannarsi delle dirigenze sanitarie "embedded" (oggi c'è un controllo attentissimo nella attribuzione di incarichi dirigenziali che vengono assegnati solo a quant* danno garanzia di far prevalere il principio di obbedienza su quello di competenza)¹¹ è messo in crisi in primo luogo dalla obsolescenza dei saperi su cui sono basate le pratiche regolatorie: come fa notare un recentissimo editoriale di Lancet Diabetes and Endocrinology **"it's important to keep in mind that though the science has advanced significantly in recent years on this issue, the regulatory processes have not.."**¹².

Questo è il "punto di attacco" su cui oggi come ISDE stiamo lavorando e sul quale chiediamo a tutti i colleghi di darci una mano (perché se ognuno deve sentirsi responsabile per gli effetti dell'ambiente sulla salute, i medici devono esserlo due volte): *si possono avere in tasca le tessere dei partiti e dei sindacati "giuste per fare carriera" e la sera frequentare logge potenti, ma non risulta che nei due casi di specie la conoscenza della letteratura scientifica sia il criterio che guida la cooptazione, quando invece possono esservi scritte delle cose che rendono secondarie le frequentazioni ricercate.*

Abbiamo così attivato dei corsi di formazione su "Nuove conoscenze su salute e ambiente" in cui come ISDE e Terre nostre (il coordinamento dei comitati che si battono contro gli impianti a biomasse e biogas) forniamo agli operatori del SSR informazioni di base su epigenetica e ECDs¹³, così

come abbiamo organizzato in giugno, grazie alla iniziativa del dr Maurizio Venezi Presidente di ISDE Perugia ed alla sensibilità dell'OdM Perugia e del suo referente Prof Fiore, una analoga iniziativa di informazione scientifica per gli iscritti all'Ordine. Ad ambedue le iniziative abbiamo invitato la cittadinanza ed in particolare quanti lavorano nei comitati territoriali, ottenendo attenzione e riscontri, soprattutto da parte dei pediatri e degli operatori di base dei servizi di prevenzione ambientale, che colgono bene la obsolescenza delle pratiche regolatorie cui devono dedicarsi.

Su un piano più generale ISDE Umbria insieme ad alcuni comitati quali No Inceneritore di Terni al già citato coordinamento Terre Nostre ed a gruppi di iniziativa dal basso quali quello di Costantino Pacioni ad Orvieto e di Gianni Vantaggi a Gubbio, in data 7 agosto 2013 presso il Consiglio regionale ha presentato ai sensi della LR 16 febbraio 2010 n. 14 la *proposta di legge regionale di iniziativa popolare "Modificazioni alla legge regionale 12 novembre 2012. Organizzazione del servizio sanitario regionale"* **volta a democratizzare il nostro servizio sanitario** tramite una opportuna riscrittura di alcuni articoli relativi al finanziamento del SSR, alla partecipazione ed al ruolo del distretto sanitario.

Il nostro intento è quello di:

- *favorire una trasformazione del SSR che introduca elementi di gestione "comune"*¹⁴ *dello stesso, restituendo potere decisionale ai territori ed alle popolazione che vi abitano;*
- **aprire la discussione tra comitati territoriali** (*ce ne sono ben 46 in Umbria*) *e quanti si occupano di*

tutelare effettivamente salute e ambiente, **sulle modalità con cui riprendere il controllo del servizio sanitario** e, nello specifico, dei servizi di prevenzione ambientale, che i cittadini finanziano pagando le imposte ma che molto raramente lavorano sui problemi di salute segnalati dalle collettività, operando in condizioni di forte dipendenza dai desiderata dei portatori di interesse privati e “pubblici”.

Ci sono molte cose da fare e servirebbe tanto una mano.....

1 Hardt M e Negri A (2009) “Commonwealth”. The Belknap Press ed, USA; pp 320.

2 Working Group I Contribution to the IPCC **“Fifth Assessment Report Climate Change 2013: The Physical Science Basis Summary for Policymakers”** su <http://www.ecoblog.it/post/111473/per-alcuni-climatologi-ipcc-e-troppo-prudente-sulle-catastrofi-climatiche>

3 Sulla contaminazione dell’ambiente con prodotti di scarto delle attività produttive negli USA e sulla totale inaffidabilità dei processi di autocontrollo da parte del “privato” vedi: Devra Davis **The Secret History of the War on Cancer** (Basic Books, 2007), pp 320.

4 Gallino Luciano (2011) **“Finanzcapitalismo La civiltà del denaro in crisi”**. Passaggi, Einaudi, pp 289.

5 Ernesto Burgio (2013): **“Ambiente e salute. Inquinamento, interferenze sul genoma umano e rischi per la salute”** Edizioni medico scientifiche srl Mondovì (Cuneo), pp 237

6 Ake Bergman, Jerrold J. Heindel, Susan Jobling, Karen A. Kidd and R. Thomas Zoeller ed. “State of the Science of Endocri-

ne Disrupting Chemicals – 2012”. Edito da WHO Geneva 2013; pp. 289.

7 Foucault M (1978) “Nascita della biopolitica” Feltrinelli pp 346;

8 Mentre il progetto Sentieri dell’ISS conta morti e danni alla salute nei 44 siti italiani in cui circa 6 milioni di persone sono esposte a rischi ambientali noti ed evitabili, il decreto del fare del Governo Letta Berlusconi taglia i finanziamenti per le bonifiche ambientali, il che vuol dire che la tutela della vita di milioni di esposti è molto meno importante della consegna alle banche del valore estorto alla società con tagli alla sanità e al welfare.

9 Fabio Zita, il funzionario della Regione Toscana rimosso dal suo incarico dell’Ufficio valutazioni di impatto ambientale per non aver accettato di classificare come inerti i rifiuti speciali provenienti dallo scavo della TAV fiorentina

10 Castells M (2009): “Comunicazione e potere” Università Bocconi Editore, Milano, pp 370.

11 Va segnalata in questo contesto, come indicatore della gravità della situazione, la nomina a Presidente della Società Italiana di Igiene del direttore del Dipartimento di Prevenzione di Taranto.

12 Editorial: **EDCs : Negotiating the precautionary principle** The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2013, Vol. 1 No. 2 p 79.

13 Il 28 novembre 2013 è prevista una seconda edizione del corso presso il centro di formazione della ASL 1 di Perugia, mentre il 27 novembre si terrà un corso ad hoc per tecnici dell’ARPA.

14 CSDH (2008): **“Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.”** Geneva, World Health Organization; Hess. C et Ostrom C (2009): **“La conoscenza come bene comune”** Bruno Mondadori Torino



IL FEMMINICIDIO; COSA CI DICE IL RAPPORTO EURES?

Dott. Marco Petrella

Io non sono convinto fino in fondo che la sanità e i medici possano svolgere un qualche ruolo nella questione dei femminicidi, ma pongo alle colleghe e ai colleghi la verifica di questa domanda: femminicidio e salute non hanno nulla a che vedere?

Per avere qualche elemento su cui riflettere mi sono dovuto affidare ad una indagine condotta dall' EURES mancando, come spiego altrove, dati epidemiologici utilizzabili a tal fine con la stessa completezza e livello di dettaglio.

I dati dell'EURES (L'omicidio volontario in Italia Rapporto EURES 2013 <http://www.eures.it/contatti.php>) sono stati recentemente tirati in ballo per una sterile polemica tra sostenitori di un'impennata del fenomeno e "pompieri" che segnalerebbero una sorta di montatura giornalistica. Una lettura attenta del rapporto permette invece di definire il femminicidio come una emergenza che mantiene da tempo livelli preoccupanti e per la quale le ipotesi interpretative restano complesse e difficilmente utilizzabili per definire strategie preventive. Consiglio quindi a chi è interessato di procurarsi l'intero rapporto. Qui io riassumo solo alcuni punti

L'Italia ha un problema particolare?

Partiamo dal totale degli omicidi volontari. Il confronto è valido solo a livello europeo; Americhe, Asia e Africa presentano in gran parte dati di molto superiori. L'Italia in occidente si pone agli ultimi posti.

*"Osservando i dati relativi all'Unione Europea "a 27", l'incidenza più elevata di omicidi si registra nelle ex Repubbliche Russe del Baltico, con una **media di omicidi tra il 2005 e il 2010** (ultimo anno disponibile) pari a 8,4 ogni 100 mila abitanti in Lituania, 6,5 in Estonia e 4,6 in Lettonia ... Valori superiori al dato medio dell'Unione Europea "a 27" (1,9) si registrano anche in Bulgaria, in Finlandia (entrambe con una media di 2,3 omicidi ogni 100.000 abitanti nel periodo 2005-2010) e in Romania (2,1). **L'Italia**, con 3.600 omicidi volontari complessivamente consumati tra il 2005 e il 2010 (600 di media l'anno), si colloca al di sotto della media europea, con un'incidenza pari a **1 delitto ogni 100 mila abitanti**; un valore, questo, analogo a quello rilevato in Spagna e Svezia, e inferiore al dato dei Paesi Bassi (1,1 omicidi ogni 100 mila abitanti), della Grecia (1,2) e del Regno Unito e Portogallo (entrambi con un indice pari a 1,4). Infine, l'incidenza più*

bassa si registra in Austria (0,6)."

L'Italia si colloca al penultimo posto anche per tasso di omicidi con vittima donna.

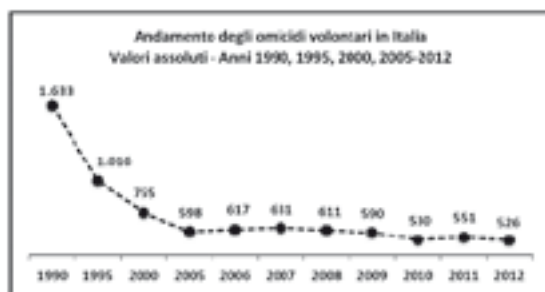
*"Analizzando il rischio di vittimizzazione tra le donne, sono ancora una volta le ex Repubbliche Baltiche a presentare gli indici più elevati; in particolare la Lettonia registra un indice pari a 4,9 donne uccise ogni 100.000 residenti (31 vittime in valori assoluti nel 2008), seguita dalla Lituania (64 donne uccise nel 2009 e un indice di rischio pari a 3,6) e dall'Estonia (18 vittime nel 2008 e un indice di rischio pari a 3,4). In tale "graduatoria" **l'Italia** si colloca al penultimo posto, con 148 **femminicidi nel 2008** e un indice di rischio pari a **0,5** (come in Danimarca e Paesi Bassi), superiore a quello della sola Grecia (0,3 nel 2009), con scarti molto significativi nei confronti dei più grandi Paesi industrializzati del Continente: tra questi si segnalano le 350 donne uccise in Germania (anno 2009), le 288 della Francia (anno 2008) e le 245 del Regno Unito (anno 2009), dove l'indice di rischio si attesta su un valore quasi doppio di quello italiano (0,8-0,9)."*

E' un falso problema?

No. Il rapporto permette infatti di entrare in profondità, anche se solo per l'Italia e allora, al di là di graduatorie più o meno consolatorie, emergono importanti elementi di preoccupazione.

Il fenomeno degli omicidi volontari nel suo complesso è in fase di diminuzione, come si vede nel grafico che segue, ma poi si capirà che quel che è diminuito è il tasso di omicidi connessi alla

criminalità organizzata.



La criminalità organizzata rende anche conto di importanti differenze geografiche all'interno dell'Italia.

In termini relativi (omicidi ogni 100 mila residenti), la Calabria registra il primato italiano di regione a più alto rischio, con una media di 3,1 casi ogni 100 mila abitanti tra il 2008 e il 2012 (2,7 nell'ultimo anno, confermando il primato negativo nazionale); seconda in graduatoria, con valori molto inferiori, la Campania, con 1,5 omicidi ogni 100 mila abitanti nel quinquennio considerato (1,6 nel solo 2012), seguita da Puglia, Sardegna e Sicilia (tutte con un indice pari 1,2) e dalla Liguria (1,1). Inferiore al dato medio nazionale (0,9) risulta il rischio omicidiario nel Lazio e in Umbria (entrambe con una media di 0,8 omicidi ogni 100 mila residenti) e in Abruzzo, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte e Toscana (tutte regioni che tra il 2008 e il 2012 registrano un indice di rischio pari a 0,7).

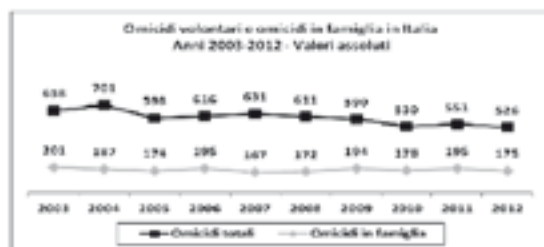
Che rilievo hanno gli omicidi in famiglia?

Non credo che sia cognizione comune che il 33% degli omicidi avviene tra familiari e che è questa la componente più numerosa. Se poi si considerano tutti i cosiddetti omicidi di prossimità

(precedenti rapporti di conoscenza, lavoro o vicinato) arriviamo al 50,2%.

Questo sposta l'attenzione dalla criminalità organizzata e comune (che restano però importanti al Sud come causa di omicidi) al contesto delle relazioni tra le persone. E questo comporta altre interpretazioni e altri possibili ipotesi di intervento preventivo.

Gli omicidi in famiglia sono in aumento?



Fonte: ISTAT, Ricerche Economiche e Sociali, Archivio degli omicidi volontari in Italia

No. Ma non diminuiscono. Quella che diminuisce negli ultimi anni è la componente degli omicidi connessi alla criminalità organizzata. Così il peso relativo degli omicidi in famiglia cresce. Ma soprattutto preoccupa come la sempre maggiore attenzione al tema non abbia fin qui prodotto alcun miglioramento.

Come si distribuiscono in Italia gli omicidi in famiglia?

In Italia 2,9 persone ogni milione di abitanti vengono uccise in ambito familiare: 3,2 al Sud, 3,0 al Nord e 2,3 al Centro. Quando vengono forniti in dati in termini di peso percentuale, al Sud prevalgono gli omicidi commessi dalla criminalità, ma questo dipende dal fatto che questi ultimi sono molti,

non dal fatto che le famiglie sono più sicure, anzi.

Quali fattori rendono le famiglie così violente in alcune regioni più che in altre?

Perché ci si preoccupa tanto delle donne?

Se restringiamo l'attenzione alle donne, per queste l'ambito familiare riguarda il 67,3% degli omicidi e quello della prossimità il 73,0%. Quindi quando parliamo di vittime donne parliamo soprattutto di donne uccise da persone che le conoscevano. In poche parole su 10 donne uccise, 7 lo sono da un familiare o partner. Così, mentre tra il totale delle vittime di omicidio, il 69,8%, è costituito da maschi e, quindi, il 30,2% da donne, se passiamo agli omicidi in famiglia la situazione si inverte: solo il 38,5 è costituito da maschi e il 61,5% da donne. Ancora: gli autori degli omicidi sono in maggioranza maschi, come per il totale degli omicidi, anche in campo familiare (l'86,6%). Infine soltanto nel 7,3% dei casi le donne vengono uccise da altre donne (mentre nel 92,7% dei casi l'autore è un uomo).

Se questa degli omicidi è solo la punta dell'iceberg, non si può non vedere una situazione di grave pericolo per la salute delle donne, che rischiano molto più degli uomini di essere oggetto di vari tipi di violenza proprio nell'ambito dei conoscenti e spesso dei rapporti più stretti e quasi sempre da parte di uomini. E questo resta vero anche se il fenomeno non appare in crescita né riguarda l'Italia più di altri paesi.



L'ELETTROSENSIBILITÀ: UNA NUOVA SINDROME LEGATA ALL'ELETTROSMOG

Dott. Leonardo Gamuzza

Dopo la disamina di numerosi lavori scientifici riguardanti l'impatto e la diffusione dei Campi Elettromagnetici (CEM) nell'ambiente in cui viviamo, legati al progredire incessante della tecnologia riguardante la telefonia mobile, complessivamente si può affermare che le radiazioni da essi prodotti hanno la capacità di causare effetti termici e biologici purtroppo negativi per quanto riguarda la salute facilitando in alcuni soggetti predisposti, dopo un uso costante nel tempo e per un accumulo progressivo, l'ipotetica insorgenza di alcune forme tumorali del cervello, della parotide, del tessuto emopoietico, oltre che di alcune patologie neuro-degenerative e allergiche (cutanee e respiratorie), come anche della sterilità maschile soprattutto in soggetti giovani che hanno l'abitudine di portare ad esempio il cellulare nella tasca dei pantaloni (in questo specifico caso dovuta all'effetto termico delle emissioni sul tessuto seminale).

Soltanto la maggior parte dei lavori scientifici redatti da Autori legati alle case produttrici di questi dispositivi elettronici minimizzano o addirittura negano la potenziale pericolosità degli stessi. Questo fatto non ha bisogno di particolari commenti. A tal proposito mi preme soltanto ricordare che negli anni '50 del secolo scorso anche per il

fumo di sigaretta si affermava, da parte delle case produttrici di tabacco, che era innocuo e nel tempo si sono viste le tragedie che ha provocato nel campo della cancerogenesi in particolare del polmone e della vescica.

In aggiunta a questo tipo di patologia grave, in questi ultimi anni è stata descritta una forma di Elettrosensibilità e cioè una nuova Sindrome emergente legata alla semplice esposizione ai campi elettromagnetici prodotti da qualsiasi dispositivo elettronico che emette o riceve un segnale Wireless (Wi-Fi=connessione ad internet senza fili) inclusi i cellulari, i computer portatili, i Tablet, gli Smartphone, oltre alle stazioni radio-base, ai ripetitori radio-televisivi, ai radar, ai ponti-radio, agli elettrodomesti soprattutto in vicinanza di abitazione e di luoghi di lavoro.

Malgrado tale sindrome non sia stata ancora codificata dall'I.C.D. (International Classification of Disease), il mondo scientifico indipendente che fa capo all'OMS la ritiene rilevante per la sua frequenza e per l'impatto negativo che ha sulla vita di tutti i giorni per una parte non esigua della popolazione. Infatti in tutte le statistiche si attesta su cifre superiori al 3%; pertanto in Italia ne sono affetti migliaia di persone compresi un certo numero di bambini. Tale sindrome è definita nel mondo come "Male invisibile" perché risulta

impalpabile il fattore scatenante, almeno ai nostri sensi; i sintomi più comuni sono: cefalea, vertigini, riduzione dei processi cognitivi, riduzione della concentrazione e della memoria, palpitazioni cardiache, irritazioni cutanee di tipo allergico, insonnia, stanchezza immotivata. (M. Sandstrom -2001)

Comunque, per la sua insorgenza, la componente individuale è importante come peraltro si verifica per altre patologie.

A tal proposito il dott. Olle Johansson della Karolinska Institute di Stoccolma, che da circa 20 anni studia questa patologia, l'ha etichettata come una forma specifica di allergia alle onde elettromagnetiche e riconosce nella sua genesi un interessamento del Sistema Immunitario. Tale sistema di difesa non è adeguato a fronteggiare gli allergeni prodotti da alcuni campi magnetici che emettono microonde di frequenza che va da 300 a 3000MHz (proprie dei cellulari e dei loro derivati) che non esistono come componenti significative del naturale campo elettromagnetico terrestre (Prof. W. Ross Adey); pertanto la nostra generazione è la prima ad esporsi volontariamente a questi campi artificiali e di conseguenza il nostro organismo si trova impreparato a sopportarli e quindi sviluppa reazioni esagerate che alla fine risultano dannose. In base ad alcuni esperimenti condotti da C.W. Smith e J. A. Monro (citati da L.Gasperini uno specialista nel campo delle disfunzioni immunitarie e riportate in un testo: "Multidisciplinarietà in Medicina"-2011) si è evidenziata l'insorgenza di manifestazioni allergiche in soggetti affetti da Ipersensibilità elettrica con il semplice avvicinamento a particolari campi magnetici. Tali AA.

allo scopo di dimostrare tale effetto in maniera obbiettiva hanno irradiato l'acqua con frequenze particolari (le stesse che scatenano un attacco allergico nel soggetto sensibile): ebbene l'acqua veniva trasformata in un allergene in quanto incorporava informazioni elettromagnetiche tali da poterli trasferire ad individui ad esse reattivi. Anche per questi Autori l'interessamento del Sistema immunitario svolge un ruolo molto importante tanto che si è ipotizzato che potrebbe essere alla base della Sindrome da "Fatica cronica" poiché i sintomi clinici sono simili a quelli presenti nei pazienti affetti da "Elettrosensibilità". Un'altra azione svolta dai Campi elettromagnetici sarebbe quella di un blocco funzionale a carico della ghiandola Pineale con conseguente riduzione della produzione della Melatonina, un ormone noto per la sua influenza sui molteplici ritmi biologici (il più importante dei quali quello del ritmo sonno-veglia) e come fattore anti-aging essendo un potentissimo anti-ossidante. Da queste osservazioni riportate si può dedurre che tale Sindrome non è dovuta a problemi psico-sociali o di neurolabilità, ma al contrario è legata a cambiamenti di ordine biologico che si riflettono anche sulla integrità del sistema immunitario e a cascata sulla funzionalità di molti apparati dell'organismo. Chi ne è affetto subisce una compromissione della sua efficienza e del suo equilibrio psico-fisico tale da provocare un cambiamento notevole in negativo della sua vita familiare, sociale e lavorativa. Talvolta è costretto a cambiare la sua abitazione o renderla più vivibile apponendo delle schermature, a evitare l'uso del treno in quanto rappresenta una gabbia elettromagnetica o l'auto

se ha al suo interno una notevole quantità di accessori elettronici. Ciò è dovuto al fatto che i limiti di radioattività consentiti dalla legge e cioè di 6V/m comunemente sopportati dalla popolazione comune sono estremamente elevati per i soggetti elettrosensibili. Da quanto sopra affermato nasce la necessità di dare maggior rilievo a questo tipo di patologia rendendo più agevole la diagnosi in centri di immuno-allergologia sensibilizzati a questa problematica prima di etichettarla superficialmente come malattia psicosomatica e nel contempo evitando terapie sintomatiche completamente inutili se non dannose. In breve si impone un riconoscimento del problema dal punto di vista sanitario, previdenziale, istituzionale al fine di salvaguardare la salute, il posto di lavoro se è inquinato dalle radiazioni (con cambio dello stesso),

la vita di relazione di chi è affetto da questa patologia (la Svezia, il Regno Unito, la Germania sono i primi stati che in Europa si sono adeguati per risolvere tale problematica). Poiché oggi almeno in Italia non esiste alcuna terapia efficace, se non allontanarsi dai CEM, (per inciso soltanto a Londra esiste una Clinica dove si curano i pazienti con la desensibilizzazione) è obbligatorio mirare al risanamento dalla polluzione elettromagnetica, che sempre più ha invaso gli spazi vitali, riducendo gli elevati livelli di irradiazione nei luoghi abitativi, di lavoro, di formazione scolastica ed anche negli ospedali e nelle strutture che ospitano bambini e anziani, al fine di dare più dignità all'esistenza di tutti ed in particolar modo di chi soffre di questa sindrome che purtroppo il progresso ci ha regalato.

Bibliografia su richiesta.

CORSO DI AGGIORNAMENTO DONAZIONE E TRAPIANTO D'ORGANO E DI TESSUTI SABATO 8 FEBBRAIO 2014 - SALA RIUNIONI DELL'ORDINE

PROGRAMMA

- ore 8.00 Registrazione dei partecipanti
- ore 8.30 **Saluti** (Dott. Graziano Conti)
- ore 8.45 **Introduzione e obiettivi del Corso** (Prof. Cesare Fiore)
- ore 9.15 **La Rete Nazionale dei Trapianti** (Dott.ssa Tiziana Garzilli)
- ore 10.00 **La Diagnosi di morte encefalica ed il suo accertamento** (Dott.ssa Tiziana Garzilli)
- ore 10.45 **Il Trapianto di Rene** (Prof. Paolo Baccari)
- ore 11.30 **Il Trapianto di Cornea** (Prof. Carlo Cagini)
- ore 12.15 Intervallo
- ore 12.30 **Rischio neoplastico nella donazione** (Dott. Atanassios Dovas)
- ore 13.15 **Follow-up del trapiantato renale** (Dott. Nunzi Emidio Giovanni)
- ore 14.00 **Dichiarazione di volontà** (Dott. Antonio Bodo)
- ore 14.45 Questionario di Apprendimento
- ore 15.15 Chiusura Lavori.

Il corso affronta aspetti non facili da comunicare per il rimando al tema della malattia estrema e della morte. La figura del medico di famiglia, da sempre autorevolmente ed empaticamente "nelle case" dei cittadini, è fondamentale per lo sviluppo di un lavoro sinergico che coinvolga e renda consapevoli tutte le articolazioni del sistema. Il trapianto di organi e tessuti è il prodotto di un percorso organizzativo multidisciplinare che coinvolge diverse figure professionali afferenti a discipline diverse. Inizia con l'individuazione del potenziale donatore e si conclude con l'atto operatorio del trapianto ed il successivo follow-up. Il trapianto costituisce il coronamento di un lungo lavoro per molti operatori appartenenti a specializzazioni diverse.



LA RICERCA DI UN FIGLIO DA PARTE DELLA COPPIA MUSULMANA: NOSTRA ESPERIENZA PER DIVERSITA' DI APPROCCIO E DIVERSITA' CULTURALE

*Dott.ri: Tiziani , Pizzasegale, Mariani, Corbucci,
Proietti, Sinessiu, Palazzetti, Klitymska, Brusco*

In Italia nel 2012 gli immigrati musulmani presenti sono circa 700.000, con un aumento del 36,5% rispetto all'anno precedente (104.000 in più). In Umbria risultano essere 10.183 (dossier statistico immigrazione 2002 su dati Ministero dell'Interno). Le aree di maggior provenienza sono il Marocco, l'Egitto, l'Algeria, la Tunisia, il Senegal, il Bangladesh, la Somalia, l'Albania, la Siria e l'Iraq. La World Fertility Survey evidenzia come, dagli anni settanta in poi, il tasso di fertilità nei paesi arabi sia diminuito in media del 38%, una riduzione superiore a quella riscontrata nei paesi Latino-Americani, Asiatici, dell'Oceania o dell'Africa sub-sahariana. In particolare, in Tunisia si stima che negli ultimi 30 anni il tasso di fertilità sia diminuito del 64%, in Marocco del 57%, in Giordania del 52%, in Siria del 49%, in Egitto del 38%. Secondo Eltigani E. (Department of Economic and Social Affairs dell'ONU) questi dati sono il risultato di una società in cambiamento, dove la donna decide, se può, di coniugarsi più tardi, di lavorare e quindi procrastinare la decisione di avere prole. Esistono inoltre altre cause alla base di questa riduzione della fertilità. Nelle donne secondo Serour, va ricercata nell'alta prevalenza di infezioni del tratto uro-genitale, di infezioni post-parto e post-aborto e nella diffusione di malattie come la schistosomia o la tubercolosi, oppure malattie sessualmente trasmesse (HIV,

Clamydia e gonorrea); anche in Egitto, già da studi condotti nel 1991 da Serour, mostrano un tasso di prevalenza di infertilità dovuta all'occlusione bilaterale delle tube variabile tra il 42 e il 77%. Altre indagini condotte in Tunisia evidenziano come la sterilità maschile sia legata alla presenza di Ureaplasma e Micoplasma nel liquido spermatico (Gdoura R., 2007). Dal gennaio 2009 al dicembre 2012 presso il Servizio di Diagnosi e Cura della Riproduzione Umana dell'Azienda Ospedaliera di Perugia vengono eseguiti 1.841 nuovi accessi per sterilità di coppia; di questi, ben 444 (il 24,1%) sono pazienti di nazionalità straniera di cui un gruppo numeroso è rappresentato da coppie musulmane appartenenti al Nord Africa (Marocco, Egitto, Algeria, Tunisia) e al Medio-Oriente (Siria, Iraq). Per l'accesso al Servizio è necessario prenotare tramite CUP il "primo colloquio per sterilità di coppia" mediante impegnativa a nome della partner femminile, redatta dal proprio medico curante. Per le coppie residenti in Umbria vige una legge regionale (DGR n. 214 del 12/02/2007) in cui tutte le prestazioni ed il trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono erogabili gratuitamente (rilascio di attestato di esenzione ticket cat. 095) purché la donna abbia un'età inferiore a 42 anni compiuti; per le donne provenienti da fuori regione le prestazioni sono erogabili con il pagamento del ticket se

l'età della donna è inferiore a 42 anni compiuti, mentre per le pazienti al di sopra di tale età l'accesso al Servizio è consentito ma le prestazioni ed il trattamento sono regolati dal tariffario aziendale. La dedizione alle coppie e l'ascolto delle loro esperienze emotive, ci avvicina al loro profondo, complesso e felice viaggio verso il risultato sperato, quello di avere un figlio. Il tempo dedicato al primo colloquio ha lo scopo di studiare bene ogni singola situazione mediante un'accurata e meticolosa anamnesi e dando modo alla coppia di capire e porre quesiti su tutto quello che gli viene spiegato e richiesto; in particolare, durante il primo colloquio viene consegnata una lista di esami clinici di 1° o 2° livello da eseguire prima dell'inizio del consono trattamento di PMA [inseminazione intrauterina (IUI) o iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI)].



ICSI

Nello svolgimento dell'attività abbiamo certamente notato la giovane età delle coppie musulmane coniugate, compresa tra i 20 e i 25 anni, a differenza di quelle delle occidentali coniugate o conviventi, ed il loro desiderio di procreare sin dall'inizio del matrimonio. L'incontro con queste coppie ci induce a riflettere sulle differenze tra culture; vi sono similitudini nel deside-

rio di avere un figlio ma ciò che cambia nella coppia musulmana è il modo in cui vengono manifestati il desiderio e la sofferenza, vissuti in maniera più intima, tenendo dentro la propria gioia e il proprio dolore. Se nei paesi occidentali quella della procreazione è considerata una libera e personale scelta, nei paesi del mondo arabo la pressione indotta dalla società è tale che le coppie si sentono quasi obbligate a fare di tutto per avere figli, visti come un arricchimento della società per il futuro, "un investimento familiare" ma anche religioso e sociale. Sebbene fattori maschili e femminili siano equamente coinvolti nella causa dell'infertilità, questa continua ad essere sentita come appannaggio esclusivo della donna, che viene ingiustamente accusata di non essere in grado di procreare e spesso oggetto di violenza fisica o psichica e di abbandono da parte del marito. La religione musulmana consente che la donna possa essere visitata da un medico uomo solo nel caso in cui non sia possibile la presenza di un medico donna; nel nostro centro tale problema non si è mai posto, le coppie hanno sempre accettato la visita a prescindere dal fatto che il medico fosse uomo o donna. Anche la raccolta del campione di liquido seminale ai fini della valutazione della fertilità o per trattamento di fecondazione assistita, costituisce un problema per il musulmano, in quanto la masturbazione è proibita nell'Islam; tuttavia, la presenza della moglie ci consente di superare tale ostacolo. Per quanto riguarda la conoscenza della lingua, non abbiamo incontrato grandi difficoltà nella comunicazione, sia per la presenza dei mariti, che soprattutto per motivi lavorativi hanno imparato la nostra lingua, sia per altri familiari o conoscenti, accompagnatori della coppia, con una discreta conoscenza della lingua italiana; ciò ha permesso ad ogni coppia di porta-

re a termine il proprio programma di PMA. Riguardo a questo aspetto, ci stiamo adoperando alla stesura di moduli informativi redatti in diverse lingue straniere al fine di agevolare la comprensione delle procedure e dei trattamenti di PMA. Dalla nostra esperienza possiamo dire che la religione islamica si è aperta nei confronti del progresso scientifico e la coppia musulmana è incoraggiata a cercare una soluzione ai problemi di sterilità nelle tecniche di PMA, anche perché l'adozione non è considerata una soluzione accettabile per le coppie con problemi di sterilità (Serour, 1995); infatti, negli ultimi anni si è assistito ad una sempre maggior diffusione di centri di fecondazione assistita (soprattutto privati) in Africa del Nord ed in Medio Oriente; in Italia, tutti i centri (pubblici e privati) sono disciplinati dalla legge 40/2004; nell'Islam non ci sono divieti per quanto riguarda il numero di ovociti da fecondare e non ci sono limitazioni al numero di embrioni da trasferire. In Egitto, per una popolazione di circa 70 milioni di abitanti, sono disponibili tra i 50 e 60 centri di PMA, la maggior parte dei quali sono privati. I dati riportati dall'ultimo rapporto del Comitato Internazionale di Controllo sulle PMA (ICMART 2006) mostrano che in Marocco l'accesso alle tecniche di PMA è di circa 60 cicli per milione di abitanti ed in Tunisia di 350. In Medio Oriente e del Maghreb i centri di PMA sono soprattutto privati e questo fa sì che molti pazienti sterili che vivono in aree a basso reddito non possono permettersi i costi dei trattamenti. In queste aree si calcola che il costo per paziente per un ciclo di ICSI può superare i 4.000 dollari, con una media di 2.500 dollari a ciclo (Sills, 2007); in Marocco il costo varia tra i 200 e 300 euro per ciclo, in Tunisia varia tra i 500 euro nel pubblico a 2.500 euro nel privato (Kharouf, 2008) e tale materia è regolata da linee guida secondo

cui l'accesso alle tecniche è consentito solo alle coppie sposate. Non esistono limitazioni per quanto riguarda la crioconservazione degli embrioni soprannumerari né per quella degli ovociti. In Tunisia a regolamentare la PMA vi è una legge, la 01-93 dell'agosto 2001, che prevede l'accesso alle tecniche solo alle coppie sposate, non consente la donazione di gameti maschili o femminili, non viene specificato il numero di ovociti da prelevare o da reimpiantare in utero, viceversa è consentita sia la diagnosi genetica preimpianto, sia la crioconservazione di gameti e di embrioni, ovviamente su richiesta scritta da parte della coppia. Per concludere, riportiamo una frase in arabo che molte coppie ci riferiscono durante il colloquio:



أليس هناك حزن عندما يتعلق الأمر إلى مشكلة صحية لأنها لا تتعامل مع نفس الأول، ولكن مع البحث عن الأسباب الكامنة وراء المثلث

"Non c'è da vergognarsi quando si tratta di un problema di salute perché questo non si risolve con la speranza ma con la ricerca delle cause che lo provocano".



USL Umbria 1

USL Umbria1 - Neoplasie correlate al Lavoro

Tra i tanti ambiti di intervento per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, quello della prevenzione degli effetti derivanti dall'uso di agenti cancerogeni si presenta certamente come campo di prioritario interesse.

Anche per questo l'art. 244 del D.Lvo 81/08 prevede che, in presenza di una neoplasia di presumibile origine lavorativa ogni medico, pubblico o privato che sia, segnali il caso al Centro Operativo Regionale (C.O.R.) di riferimento, allegando la documentazione ritenuta pertinente.

Al di là della sua importanza epidemiologica e preventiva, tale attività di segnalazione è da ritenere fondamentale anche per consentire ai competenti servizi ASL di accertare il rapporto esistente tra malattia ed ambiente di lavoro; in particolare laddove si sia in presenza di neoplasie relativamente rare, come il mesotelioma (pleurico, pericardico, peritoneale, ovarico, testicolare) o anche il tumore naso/sinusale, ma caratterizzate da un forte legame con i trascorsi lavorativi degli interessati.

Al fine di facilitare l'attività in questione, quindi, si trasmette una scheda che potrà essere utilizzata dai sanitari per la

segnalazione di eventuali casi al C.O.R. della Regione Umbria (c/o Università di Perugia, Dipartimento Igiene e sanità pubblica, Via del Giochetto - Perugia) e contenente informazioni sintetiche, utili anche ai successivi accertamenti ASL.

AL PROF. FRANCESCO LA ROSA
C.O.R. DELL'UMBRIA
DPT DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA
UNIVERSITA' DI PERUGIA
Via del Giochetto 06100 Perugia

Oggetto: segnalazione casi di neoplasia ai sensi dell'art. 244 comma 2 del D.Lvo 81/08.

Ai sensi della normativa di cui in oggetto, si segnala il seguente caso di neoplasia:

Dati anagrafici del paziente:

NOME E COGNOME
DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA
RECAPITO TELEFONICO

RICOVERATO ☐ NO ☐ SI Ospedale e reparto

DIAGNOSI (specificare anche tipo istologico):

☐ MESOTELIOMA
☐ CARCINOMA NASO-SINUSALE
☐ TUMORE VESCICALE
☐ Altro:

DATA DIAGNOSI (data dell'esame istologico e/o altro accert. strumentale utile):

ATTIVITA' LAVORATIVA (breve sintesi dell'anamnesi lavorativa con indicazione dei periodi, mansioni, nome dell'azienda e tipologia di sostanze chimiche utilizzate con riferimento a legno, materiali contenenti amianto, idrocarburi, solventi, ecc.):

periodo	azienda	mansione	sost. utilizzate
.....			
.....			
.....			

FUMO ☐ NO ☐ SI ☐ EX (da quanti anni)

Altro :

Data:

Il medico segnalatore (timbro e firma)
Dott.
Recapito tel.



Definitiva vittoria sindacale, il Parlamento approva l'esclusione dei dentisti dal SISTRI

Anche il **Senato**, dopo il passaggio alla Camera, **ha approvato il 29 ottobre u.s. il nuovo testo del Decreto Legge** recante **“Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni”**, pubblicato in GU n. 255 del 30-10-2013.

Il Decreto interessa il settore odontoiatrico in quanto contiene la norma (art. 11) che esonera dalla adesione al sistema SISTRI per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi i liberi professionisti, dentisti compresi.

“Siamo molto soddisfatti che il Parlamento abbia completamente recepito le richieste che avevamo fin da subito avanzato a favore dei dentisti

italiani”, commenta il Segretario Sindacale nazionale ANDI Alberto Libero, *“è il coronamento dell'impegno profuso da ANDI per evitare un ulteriore balzello agli studi dei professionisti”*.

Grazie alla forte azione lobbistica per la **modifica al testo originario del D.L.** i **dentisti liberi professionisti produttori di rifiuti non avranno l'obbligo di aderire al SISTRI**, evitando tutte le pratiche burocratiche e le spese connesse.

Unico adempimento richiesto sarà sottoscrivere la nuova modulistica che le ditte smaltatrici, loro sì già obbligate al nuovo sistema Sistri, forniranno allo studio dentistico.

La Segreteria Sindacale Nazionale





ABUSIVISMO: E' ORA DI DIRE BASTA

Dott. Andrea Donati

Si è svolto sabato 28 ottobre ad Arezzo un interessantissimo convegno con tema **“Abusivismo nel settore odontoiatrico: proposte di modifica dell’art. 348 c.p.”** evento fortemente voluto ed egregiamente organizzato dal Presidente CAO di Arezzo dott. **Giovacchino Raspini**, ed al quale hanno partecipato tutte le entità istituzionali in qualche modo coinvolte. Erano infatti presenti relatori dell’Ordine Professionale (dr. **Giuseppe Renzo**, presidente nazionale CAO, Avv. **Marco Poladas**, legale della FNOMCeO, oltre che lo stesso dr. Raspini) rappresentanti delle Forze dell’Ordine (**Com. Fedele Verzola** e **L.ten. Antonio Barrasso** dei NAS di Firenze, **Cap Marco Catalani**, comandante della Compagnia Valdarno della GdF di Arezzo), del Ministero (Dott.ssa **Monica Bettoni**, direttore generale dell’ISS), della Magistratura (Dott. **Mauro Bilancetti**, presidente del tribunale di Arezzo), oltre che, e soprattutto, visto il tema, del Parlamento Italiano (On. Sen Dr. **Giuseppe Marinello** e On. Sen. Dr **Lucio Barani**, estensori di disegni di legge per la modifica dell’art. 348 del Codice Penale).

La folta delegazione umbra era composta dal sottoscritto, dai dr.i Leonardo Cancelloni membro CAO, Giovanni Battista Genovesi, Revisore dei Conti

dell’Ordine e Antonio Montanari membro CAO e Tesoriere, oltre che dal **Capitano Marco Vetrulli, Comandante NAS Umbria**.

La cosa che con più forza è emersa è che è nella consapevolezza di tutti che il reato di esercizio abusivo in medicina **è un reato grave**, poiché attenta al bene più importante, nonché costituzionalmente tutelato, che è la nostra salute, ma che le difficoltà a far recepire e comprendere tale messaggio al di fuori degli addetti ai lavori sembra un ostacolo insormontabile (non a caso gli estensori dei disegni di legge sono medici e più volte, senza ahinoi successo, hanno reiterato la proposta nel corso delle precedenti legislature, senza ottenere quell’attenzione e cooperazione da parte dei loro colleghi che l’argomento auspicabilmente dovrebbe richiedere).

I NUMERI

Il rapporto EURES 2013 sull’Abusivismo Odontoiatrico, commissionato dalla CAO Nazionale, parla prudentemente di 10.000 esercenti abusivamente la professione (ma c’è chi parla, più realisticamente, di 15.000 unità), a fronte di 59.000 odontoiatri regolarmente iscritti all’Albo, per un volume di affari stimato di 680 milioni di Euro all’anno. Naturalmente l’esercizio abusivo in

campo medico riguarda non solo l'odontoiatria (2/3 delle denunce) ma anche le altre branche della medicina, non immuni a questa piaga (il restante 1/3, non poco).

I DANNI DELL'ESERCIZIO ABUSIVO
C'è da ricordarlo? Forse sì, forse è bene che se ne abbia piena consapevolezza. Oltre al rischio, banale ed evidente **al bene salute** (preparazione medica e odontoiatrica dell'abusivo? Assente; aggiornamenti? Se va bene, per sentito dire; controllo delle infezioni? Mah; gestione delle emergenze? Lasciamo perdere...), non possiamo dimenticare il **danno erariale**, sia diretto, per mancata fatturazione, sia indiretto (le spese sostenute per una attività illecita, magari denunciate in dichiarazione dei redditi, sono viceversa indetraibili), e conseguentemente il **danno all'immagine** dell'odontoiatria perché poi l'evaso finisce inevitabilmente nel calderone comune, facendo ineluttabilmente lievitare il presunto "nero" complessivo della categoria; non scordiamoci poi l'evidente **concorrenza sleale** (aldilà, evidentemente, di mancati costi, quali, tanto per dire, quelli per la formazione e l'aggiornamento, tutti gli introiti non fatturati, stimati ingenti, permettono una politica di tariffe ovviamente più favorevole per la paziente), tasto che, magari, tristemente, al di sopra di tutto il resto, qualche scintilla di reazione nel denti-

sta "abilitato" potrebbe sollecitare.

LA STORIA DEVE FINIRE

L'esercizio abusivo nel passato oltre a ragioni storiche trova humus, verosimilmente, in contingenze sociali che, seppur ingiustificatamente, ne rendevano tollerabile l'esistenza (pochi dentisti, costi significativi,...). Oggi francamente ogni seppur minimo appiglio viene a cadere: tra plethora odontoiatrica, franchising e low low cost, centri nell'est europa con tanto di viaggio e soggiorno inclusi, nonché (un pochino di) servizio pubblico, l'offerta è così variegata e ampia, da poter consentire a praticamente tutti l'accesso alle cure.

E dico praticamente a tutti non a caso, poiché, che sia ben chiaro, tranne per poche sfor-

tunate eccezioni, il dentista è oneroso solo per chi guarda con diffidenza lo spazzolino e si ricorda dell'odontoiatria quando proprio non ne può fare a meno, lasciando che le patologie e i problemi si accumulino e si ingigantiscano fino a creare difficoltà terapeutiche ed economiche.

E' ORA DI DIRE BASTA

Non nascondiamoci dietro un dito. La colpa dell'abusivismo, oggi, è anche e soprattutto LA NOSTRA.

Tranne rarissime eccezioni dietro un esercizio abusivo ci sta sempre un **prestanome odontoiatra** (termine orrido, usato per distinguere le due figure, **ma**



da sinistra: Dott. Giovanni Battista GENOVESI, Presidente ANDI Perugia,
Dott. Marco VETRULLI, Comandante NAS Perugia,
Dott. Andrea DONATI, Presidente CAO OMCEO Perugia

il reato E' comunque LO STESSO), nonché qualcuno, o a volte tanti, (sempre odontoiatri!) che sanno e fanno finta di non sapere, vedono e fanno finta di non vedere.

E per questi colleghi **il reato è ancor più odioso e grave** poiché non solo si dovrebbe avere la consapevolezza dei danni e dei rischi che tale pratica comporta, ma anche (ci si aspetta!) un'etica diversa, frutto di un presunto superiore e migliore background culturale.

E proprio per tutto ciò, per costoro, sono previste pene accessorie sicuramente importanti (fino a sei mesi di sospensione dall'albo per chi sa, e da un anno in su per chi è connivente (dolo specifico)), e mesi o anni senza poter lavorare pesano e pesano assai.

Ed a ciò aggiungiamoci pure l'esborso pecuniario, ormai diventata prassi consolidata, poiché è concesso all'Ordine di costituirsi parte civile e richiedere a tutti gli implicati nell'esercizio abusivo un risarcimento per il danno all'immagine (si veda il riquadro)

Una recente sentenza della Corte di Appello di Perugia ha condannato il dott. XY, che ha esercitato abusivamente la professione di odontoiatra durante gli anni di studio, oltre che alle pene previste dalla legge, ad un risarcimento verso l'Ordine dei Medici di Perugia, costituitosi parte civile, di Euro

10.000 oltre che alle spese legali. E allora forse qualche mezzo di dissuasione già esiste, in attesa della tanto agognata revisione della legge.

E basta con questa storia che qualcuno non ha o trova lavoro e allora si deve adattare, poverino, a diventare prestanome! Nessuno di noi ruberebbe un televisore (mi auguro), eppure non c'è la stessa sensibilità se si ruba il lavoro a chi ne ha i titoli.



da sinistra: Dott. Giovanni RASPINI, Presidente CAO OMCeO Arezzo, Dott. Giuseppe RENZO, Presidente CAO Nazionale, Dott. Lorenzo DROANDI, Presidente CAO OMCeO Arezzo, Dott. Andrea DONATI, Presidente CAO OMCeO Perugia

E poi e SOPRATTUTTO: se i dati sono verosimili, allora nella sola provincia di Perugia ci sono almeno 120-150 dentisti abusivi!!! Non credete che eliminandoli si fornirebbero spazi a tutti, compresi, ed in particolare, i nostri giovani che inevitabilmente sono i più esposti e a rischio in tema di

connivenze?
Già, basta pensarci...

CORRETTEZZA INNANZITUTTO
Se chiediamo correttezza dobbiamo dimostrare correttezza e allora deve essere detto anche questo. Inopportuno? Scomodo? Può darsi, ma se assumiamo dei ruoli dobbiamo anche accollarci gli oneri ed i rischi. Sappiamo bene che viviamo in un paese strano, in un paese in cui quello che noi facciamo è corretto, o, insomma, giustificabile, che sarà mai, mentre è illecito e insopportabile tutto ciò che è solo appena più oltre, aldilà del confine

che noi stessi abbiamo tracciato.

Però un pochino di senso di colpa magari c'è, e allora se poi si tratta di denunciare comportamenti abusivi la coscienza non proprio linda non aiuta.

E allora forse è tempo di abbandonare qualche pratica discutibile, lasciando alle assistenti il compito di fare ciò per cui sono state lecitamente assunte. E se proprio non si riesce a fare quelle minuzie che spettano al professionista ma che si preferisce delegare (devo specificare meglio?), si può sempre pensare ad un igienista (laureato!), o magari pensare ad un odontoiatra neolaureato che, son convinto, in avvio di attività e per maturare esperienza si presterebbe volentieri ad una qualche forma di collaborazione.

E POI TRASPARENZA

E' on line un sito, www.anagraficadentistipg.it, recentemente rinnovato, in cui sono elencate alcune delle (e magari in un futuro prossimo tutte le) strutture e gli studi odontoiatrici della provincia, con i nominativi degli odontoiatri (e, sperabilmente, le loro fotografie) che in essi operano.

Con ciò il paziente saprà che, ad eccezione degli igienisti laureati, solo coloro lì elencati sono abilitati, in quelle strutture e studi, a mettere le mani nelle loro bocche e a colpo d'occhio potrà riconoscere i dentisiti veri e (auspicabilmente) denunciare i falsi.

L'iscrizione al sito è volontaria; tuttavia non dimentichiamoci che *"...Il medico è tenuto a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale..."* (Codice di Deontologia Medica, art. 1), senza contare che quando sarà data, a breve, ampia risonanza alla cosa, magari il pa-

ziente (e forse anche il NAS!) si chiederà come mai il tal studio non è presente...¹

E POI COLLABORAZIONE

"...Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione o di casi di favoreggiamento dell'abusivismo, è obbligato a farne denuncia all'Ordine territorialmente competente..."(art. 67);

questo è il Codice Deontologico, non ce lo dimentichiamo, senza contare l'obbligo etico e giuridico di denunciare un reato.

Perché anche questa storia del "non dico niente, tanto tutti lo sanno già, ma tanto nessuno fa o farà qualcosa" **DEVE FINIRE.**

No, l'Ordine non lo sa e TU SEI TENUTO AD INFORMARLO.

Sarà poi **preciso dovere** dell'Ordine informare a sua volta le preposte autorità e collaborare ed intervenire ove è sua potestà nelle varie fasi (investigazione, denuncia, processo,...).

Ma all'Ordine servono informazioni: luoghi, persone, orari, circostanze, magari testimonianze e più la denuncia è particolareggiata più è efficace.

Perché in attesa di pene più severe anche quello che c'è serve a dissuadere ed il collega scorretto, annusata l'aria che tira, magari ci penserà due volte prima di mettere a repentaglio la sua carriera.

Perché oggi giorno l'abusivismo è colpa nostra e nostra responsabilità debellarlo. Di ciascuno di noi.

Ora.

1 PER MAGGIORI INFORMAZIONI SEI CALDAMENTE INVITATO A CONTATTARE LA SEGRETERIA DELL'ORDINE (075 5000214) NEI CONSIETI ORARI DI UFFICIO



FARMACI ANTIDEPRESSIVI E MODIFICAZIONI ELETTROCARDIOGRAFICHE

Dott. Massimo Sorbo

Molti sono i farmaci che vengono utilizzati per le diverse forme di sindrome depressiva e nelle varie malattie degenerative cerebrali, che possono avere degli effetti collaterali sull'apparato cardio-vascolare e in particolare possono determinare modifiche sull'esame strumentale principe cardiologico quale è l'Elettrocardiogramma.

Un recente articolo pubblicato sulla rivista "Medical Letter" fa il punto sull'effetto di due farmaci, il Citalopram e l'Escitalopram entrambi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, sulla durata dell'intervallo Q-T all'elettrocardiogramma.

Il limite superiore di normalità del QT è di circa 400 millisecondi (ms) per una frequenza cardiaca di 80 battiti/minuto e di 440 ms per una frequenza cardiaca di 60/m' con una lieve variabilità a secondo del sesso; un prolungamento dell'intervallo QT superiore a 500 ms aumenta il rischio di aritmie cardiache maligne quali la torsione di punta. Questa aritmia fatale può essere inoltre favorita dalla presenza di ipopotassiemia, ipomagnesiemia, ipocalcemia o dall'assunzione di farmaci chinidino-simili.

La US Food and Drug Administration Americana (FDA) ha raccomandato di ridurre la dose massima giornaliera di Citalopram, ma non quella di Escitalopram (enantiomero attivo del citalopram), sulla base di segnalazioni post-marketing di prolungamento dell'intervallo QT all'ECG con Citalopram, supportate dai risultati di due studi che hanno valutato l'effetto do-

se-correlato dei due farmaci sull'intervallo QT. Andando ad approfondire i risultati, si evidenzia un aumento significativo dell'intervallo QT con la dose di 40 mg. di Citalopram a differenza della dose usale di 20 mg. di Escitalopram; inoltre se si utilizza la dose superiore di Citalopram di 60 mg. l'intervallo QT aumenta ulteriormente di circa il 50%. Del resto non vi sono delle evidenze certe che dimostrino una maggiore efficacia di questo dosaggio rispetto al 40 mg.

Nella scelta di un antidepressivo gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (ISRS) sono i farmaci di scelta per il trattamento di prima linea della depressione e in genere sono normalmente ben tollerati e non esistono grandi differenze di efficacia tra le varie molecole. Alle dosi normalmente prescritte, la Sertralina non determina un significativo prolungamento dell'intervallo QT ed è il farmaco con la minore incidenza di interazioni farmacologiche.

Conclusioni: I pazienti in terapia con Citalopram o altro ISRS alle dosi raccomandate, con una buona risposta al trattamento, non necessitano di nessun cambiamento terapeutico. E' una scelta condivisibile la richiesta di un elettrocardiogramma (ECG) per identificare quei pazienti con un intervallo QT ai limiti alti o patologico; questi dovrebbero essere trattati con un diverso farmaco.

"The Medical Letter" XLII, 2013;18:73-74



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

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

Perugia, li 14 Novembre 2013

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

- LORO SEDI -

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

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

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

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

DOMENICA 15 DICEMBRE 2013 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2012, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2013, Approvazione Bilancio Preventivo 2014 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

(Dott. Graziano Conti)



IL/LA SOTTOSCRITTO

/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DELEGA

IL/LA DOTT./DOTT.SSA _____

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

DATA _____

FIRMA _____