



Bollettino

04-2013
01-2014

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 04/2013 01/2014



Scorcio di Spello (Pg)

i n d i c e

Io consumerizzo, tu consumerizzi, egli consumerizza.

pagina 3

R.A.O. = Raggruppamenti di Attesa Omogenei oppure Ritardi Altrimenti (dis)Organizzati?

pagina 7

SCREENARE O NON SCREENARE?

pagina 14

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

pagina 25

L'IMPORTANZA DELLA CENTRALITA' DELLA PERSONA NELLA MEDICINA D'OGGI

pagina 40

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 04/2013 - 01/2014

Sommario

LA GIUSTA PUNIZIONE	3
IO CONSUMERIZZO, TU CONSUMERIZZI, EGLI CONSUMERIZZA...	4
R.A.O. = RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI OPPURE RITARDI ALTRIMENTI (DIS) ORGANIZZATI?	8
MINISTRO DELLA SALUTE BEATRICE LORENZIN	9
DIARIO DI UNA LOTTA PER LA SOPRAVVIVENZA	10
PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' NEI PAZIENTI ONCOLOGICI	13
SCREENARE O NON SCREENARE	15
IMPARIAMO A COMPORTACI MEGLIO	21
SEDENTARIE IN UMBRIA	22
NOVITA' NELLA TERAPIA ERADICANTE DELL'HP	23
DDL 1214-B-PROROGA TERMINI - PAGAMENTI ELETTRONICI	24
RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2012	30
GALLERIA FOTOGRAFICA	34
L'IMPORTANZA DELLA CENTRALITA' DELLA PERSONA NELLA MEDICINA D'OGGI	40
IPERTENSIONE ARTERIOSA SISTO-DIASTOLICA: CONCETTI ESSENZIALI	43
CHIUDE CLINICA LOW COST A RIMINI, PAZIENTI E FORNITORI SENZA CURE E SOLDI.	47
GIORNATA MONDIALE	
DEL RENE: IL TRAPIANTO RENALE A PERUGIA	48
BORSA DI STUDIO "ELEONORA CANTAMESSA"	51
REGOLAMENTO RISCOSSIONE QUOTE ORDINISTICHE	51

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 Sgrelli

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



LA GIUSTA PUNIZIONE

Dott. Ferdinando Giani

Quando uno ha peccato, ha peccato e non resta che aspettare la benevola assoluzione del giudice. Quando poi il tuo giudice è il collega Ferdinando Giani classe 1921 e, come tiene a sottolineare, iscritto al nostro albo professionale al n.632 non c'è altro da fare che chinare il capo ed aspettare in religioso silenzio. Chiedo pertanto scusa a te e a tutti i colleghi per l'imperdonabile dimenticanza dei tradizionali auguri natalizi e di buon anno. Il dover pubblicare questa tua, penso sia una pena più che condivisibile, la espierò con sincero piacere e tutti noi ti auguriamo di poter seguire a leggerci e a tirarci gli orecchi per tanti anni ancora.

AL BOLLETTINO

Ancora una benevola critica da un befano castellano che più befano non si può. Prima delle feste sante e profane alcuni di noi avanti negli anni avrebbero gradito gli auguri tradizionali, dopo sono meno sentiti. A mio modesto parere il bollettino deve sì, essere un notiziario sindacale, associativo e una grossa parte culturale. Ma una piccola parte anche solo umana e professionale di vita vissuta di vecchi non ancora rincoglioniti, dai quali si può imparare sempre qualcosa. Faccio i complimenti al collega Scarponi di uomo molto colto, ma lo scrivere lineare e semplice è la cosa più difficile. Il test di Hamilton non è lineare, ma ancora di più per qualcuno di noi più avanti di voi; spero non travisiate.

Chiarisco, la mia ignoranza non coinvolge altri colleghi. E in ultimo, per vendicarmi, spero sorridiate della battuta, infligo alla redazione la punizione del dovere leggere la poesiola o tarantella che sia

Anno nuovo
Anno vecchio
Ho davanti a me lo specchio
A qualcuno dice tutto
A qualcuno dice niente.
Il passato è già finito
Il presente è già arrivato
Con i suoi fasci luminosi
Con il calice già alzato
Salutando l'anno nuovo
Con un bacio appassionato
E con l'augurio più sfrenato
Per il troppo bene fatto
Ma l'anno nuovo
Così viene salutato

Auguri alla redazione e al Presidente dell'Ordine M. e a tutti i colleghi della provincia, li faccio prima di voi, così vi ho fregato nel tempo, così si dice a castello. Sempre il 632

Rompi.....ni

Gradirei una semplice risposta mi basta una riga di critica se siete riusciti a leggere.(Abbiamo letto benissimo la tua calligrafia)



Io consumerizzo, tu consumerizzi, egli consumerizza...

Dott. Tiziano Scarponi

R.R. è una maestra in pensione di 66 anni che viene quasi mensilmente in ambulatorio sempre a braccetto con il proprio marito, avvocato in quiescenza. E' una brava donna e non perde mai l'occasione per riferire i propri malesseri e sottolineare il progressivo peggioramento della propria situazione fisica. Ogni mese descrive un quadro sintomatologico che rimanda a quasi tutti gli organi ed apparati, mentre il marito mi guarda con lo sguardo che tradisce ironia e commiserazione nei mie confronti; i suoi occhi infatti sembrano dire: "lo la sento tutti giorni, per un po' l'ascolti anche lei!". E' da qualche mese però, che mi parla di un dolore abbastanza fisso, una *noietta* che parte dall'orecchio sin sino ad arrivare a quasi tutta l'emifaccia sinistra per concentrarsi principalmente sull'emiarcata dentaria superiore. A nulla è valso il parere del dentista e dell'otoiatra consultati di loro iniziativa. Negativa anche tutta la diagnostica per immagine: dalla radiografia standard sino alla TAC maxillofacciale e dell'orecchio con e senza contrasto.

Senza esito i tentativi terapeutici con vari antiinfiammatori non steroidei, qualche risultato con gabapentin prescritto da me nell'ipotesi di una

sindrome nevralgica trigeminale, ma ovviamente la lettura del bugiardino ha fatto impedire la prosecuzione terapeutica oltre il mese. La settimana scorsa sono tornati in ambulatorio. Questa volta, però, ha preso subito la parola il marito e, quasi sbattendo ed aprendo una spessa carpetta sulla mia scrivania, ha cominciato: *Mi scusi, dottore, ma tutti insieme, voi medici non siete arrivati a capire quello che io ho capito facendo una semplice giratina in internet* "rovistando tra un mucchio di fogli ed estraendone qualcuno" *mia moglie ha una sindrome da malocclusione che è la causa da anni di tutti i suoi problemi....tutti quei dolori di testa ed alla colonna....adesso le ho portato la lista dei migliori studi dentistici dell'Italia Centrale che affrontano tale problema ed insieme cerchiamo di valutarla!....".*

Come si sia sviluppato poi il nostro dialogo, lo dirò in privato a chi ne farà richiesta, ma mi serve la narrazione di questa mia storia perché illustra molto bene nella quotidianità i concetti che mi preme esprimere in queste poche righe.

La consumerizzazione, meglio la *information technology Consumerization* è il fenomeno in base al quale l'uso e lo stile delle tecnologie in

ambiente lavorativo viene dettata dall'evoluzione del profilo privato degli individui e dal loro utilizzo delle tecnologie personali.

Facciamo il primo esempio pratico che mi viene in mente, anche se non proprio pertinente come contesto: la scomparsa delle penne con pennino e calamaio dagli uffici e dalle scuole, è stata determinata da una scelta di programmazione aziendale o ministeriale o dall'uso di fatto che oramai quasi tutti facevano delle penne a sfera? Per quanti anni quelli della mia generazione hanno avuto il banco scolastico con un buco vuoto in alto al centro dove avrebbe dovuto esserci inserito il calamaio con l'inchiostro in cui intingere il mitico pennino? Costatato, poi, di fatto, la sua inutilità anche l'arredamento scolastico si è adeguato.....anche le mitiche lavagne nere di ardesia sono in via di pensionamento con l'avvento delle lavagne bianche di plastica e ora di quelle elettroniche. Quando abbiamo iniziato la nostra attività alla fine degli anni'70, il nostro lavoro poggiava ancora su un concetto di scienza quasi divino e molto autoreferenziale, le regole ed i comportamenti nostri venivano dettati dalle nostre discipline scientifiche di appartenenza professionalmente organizzate, per cui il cardiologo, per esempio, dettava le regole della cardiologia e della sua organizzazione nell'ospedale e nel territorio. Ci soffro nel dirlo, ora invece, volenti o nolenti, siamo passati a una situazione in cui è il mercato che detta le regole e diciamo, senza offendere nessuno, che è quasi il mercato stesso che struttura la scienza e, la cultura digitale, che

sta permeando la nostra società sta innescando una rivoluzione sociale al pari di quella industriale, ma con ritmi molto più vorticosi ed incalzanti. La Rete, il mondo Web 2.0 hanno determinato l'accesso totale a qualsiasi informazione e ovviamente anche a quella medica. Nel momento in cui un individuo viene colpito da una patologia non acuta si trasforma in un *ePatient*: un paziente, meglio un utente, capace di informarsi sulla propria situazione e possibilità di cura attraverso la relazione di conoscenze distribuite nella Rete.

Esemplare è il caso del signor Dave de Bronkart che in una Conferenza (TEDx) e con una platea virtuale di oltre trecentomila persone *online*, ha narrato la propria storia di malato di cancro con sei mesi di aspettativa di vita ma che, con le conoscenze che ha avuto per mezzo di altri pazienti contattati tramite la Rete, è riuscito a vincere la propria malattia.

Senza dubbio questo è un approccio che si sta replicando in maniera impressionante e questa rivoluzione digitale, ovviamente, non attraversa il mondo sanitario lasciando indenni chi vi opera, compresi noi stessi che **obbligatoriamente** siamo costretti ad affrontare il cambiamento e cercare, invece di fare resistenza, di approfittare di quelle che potrebbero essere le opportunità. Dave de Bronkart è il prototipo dell'*ePatient*, quello che ha avuto una maggior risonanza mediatica ma non è altro che uno dei tanti e rappresenta solo il primo stadio della consumerizzazione, perché ben altri panorami e scenari si stanno profilando. Oramai, qualsiasi individuo in possesso di uno

smartphone, telefonino intelligente o multimediale, chiamatelo come vi pare, possiede nella propria tasca una tecnologia superiore a quella in possesso della NASA quando mandò il primo uomo sulla luna e le *App*, le applicazioni su telefonia mobile che riguardano la salute, benessere e problemi medici stanno spuntando come funghi. Nel 2011 sono state scaricate quasi cinquanta milioni di applicazioni riguardanti la salute sia nel senso dell'informazione che dell'auto-diagnosi, dell'auto-monitoraggio dei propri parametri fisici e presto saranno implementati quelle dell'auto-cura. Come reagiremo a questa invasione di campo, come assorbiremo l'oramai imminente evoluzione della rete da Web 2.0 a Web 3.0 con la navigazione negli immensi oramai *Big Data* tramite i motori semantici di ricerca?

E soprattutto cosa saranno in grado di imporci i nostri *ePatient* sempre più motivati a gestire da se stessi la propria salute, quindi sempre più votati ad essere *empowered*, *expert*, *emancipated*? Dovremo fare resistenza? Percepirli davvero come invasori di campo e stare a rimpiangere una fantomatica età dell'oro, oppure dovremo essere in grado di cogliere i vantaggi di tale evoluzione e gestirli insieme a loro? Si parla tanto di medicina proattiva e di iniziativa e pensiamo a quale risorsa potremo disporre con questi dispositivi (*device*). Solo la funzione di richiamo (*reminder*) permette la possibilità di incrementare l'aderenza alla terapia e per non parlare delle funzioni più avanzate che possono sorvegliare frequenza

cardiaca e respiratoria. Non mi interessa addentrarmi nell'immensa offerta delle applicazioni di tipo sanitario, chi ne ha voglia può ricercarle e scaricarle. Qualcuna lascia veramente perplessi nel tipo di messaggi e di indicazioni che vengono rilasciate, ma lo scopo di questo editoriale non è quello di una disamina delle *App*, ma quello di provare a contestualizzare e rendere consapevoli quei colleghi che pensano di poter lavorare ancora secondo i principi e i paradigmi con cui sono stati formati ed hanno iniziato ad esercitare la propria professione.

Lasciatemi chiudere con argomentazioni quasi filosofiche sulla scia del filone della complessità che è quello che in questo periodo della mia vita m'interessa e appassiona.

Stiamo vivendo un mondo in cui la *liquefazione* di punti stabili del pensiero potrebbe portare ad un nuovo *nichilismo* e compete a tutti noi, a tutti gli "intellettuali" scongiurare tale rischio: "*intellettuale è colui che lavora con idee di portata umana, sociale e morale. Qualsiasi attività svolga, egli è intellettuale se trascende la propria professione e la usa per le idee, cercando di non lasciarsi imprigionare nell'iperspecializzazione, nella superficializzazione, nella cieca prassi burocratizzante, nel dogmatismo o nell'emarginazione [...] L'intellettuale tenta in tal modo, di coltivare ovunque il diritto, il dovere della riflessione e dell'autoriflessione; quelle cioè che fanno nascere, vivere e alimentano una conoscenza nuova, capace di concernere tutta l'umanità*". (E.Morin)



R.A.O. = Raggruppamenti di Attesa Omogenei oppure Ritardi Altrimenti (dis) Organizzati?

Dott. Graziano Conti

In ossequio alla normativa nazionale ed all'accordo Stato-Regioni per il governo delle liste d'attesa, il recente inserimento di nuove prestazioni nell'elenco di quelle soggette a prenotazioni RAO ha evidenziato ulteriormente le falle e i limiti di un sistema teoricamente forse anche ben congegnato ma che alla prova dei fatti non è in grado di garantire quello che promette. Secondo la mia esperienza quotidiana varie sono le cause come vari sono i responsabili di questo insuccesso e cercherò di evidenziarle.

Riassumendo in maniera molto sintetica i principi che dovrebbero regolare il sistema sono essenzialmente tre: 1) i RAO sono definiti sulla base di un accordo fra medici prescrittori e medici specialisti che eseguono le prestazioni: ogni RAO è caratterizzato da un codice, cui corrisponde un tempo di attesa; 2) la definizione dei differenti codici e dei relativi tempi di attesa è basata su criteri esclusivamente clinici; 3) il servizio che prenota la prestazione (il Centro Unico Prenotazioni - CUP) garantisce il tempo di attesa in base al codice di priorità scritto sull'impegnativa.

Il primo punto è, a mio giudizio, quello maggiormente carente. Il metodo RAO non può prescindere dal

confronto tra prescrittori ed erogatori, tra chi ogni giorno si trova davanti alla richiesta e chi quella richiesta deve esaudire. Le casistiche elaborate a tavolino da chi poi non le gestisce in pratica e, soprattutto, non sottoposte a periodiche revisioni in itinere non possono essere sempre una valida base di lavoro. Ad esempio chi ha stabilito di effettuare una risonanza di spalla in caso di spalla dolorosa da sospetta lesione traumatica della cuffia dei rotatori con priorità D da eseguirsi comunque dopo esame ecografico non ha la più pallida idea di quanto tempo occorra per una eco articolare.

Il metodo inoltre deve servire ad allenare i professionisti all'*audit* e alla *peer review*, sviluppando un vissuto relazionale basato anche sull'errore e non sul disprezzo della critica oltre a realizzare una prima base di discussione per la definizione di differenti livelli di assistenza su base clinica. E questo ci porta al secondo punto: è o dovrebbe essere quello clinico, l'unico criterio per la attribuzione delle priorità.

Se è comprensibile che l'interpretazione dei pazienti, per cui il principale interesse è quello di adeguare i tempi di attesa non al bisogno clinico che manifestano ma

alla urgenza relativa percepita per il proprio problema di salute, sia diversa non lo è per tutti quei colleghi che in caso di rivalutazioni di pazienti, post accertamenti o terapie suggeriscono addirittura nei referti i vari RAO in funzione della tempistica dei controlli. Il metodo RAO non può valere solo per qualche categoria di sanitari.

E fin qui è solo una parte dei problemi perché quando arriviamo al terzo elemento: il CUP, che entriamo in un mondo tutto particolare. Non ho niente di personale nei confronti di chi vi lavora, anzi capisco che il continuo contatto con persone che hanno problemi di salute sia difficile, pesante, a volte deprimente, ne ho una esperienza quasi quarantennale, ma la risposta davanti alla esasperazione di chi si vede prenotare esami o accertamenti in tempi biblici non può essere sempre “ci faccia scrivere dal medico: urgente”. Come non sono tollerabili malinformazione e ignoranza come richiedere il RAO per le visite di controllo, che non lo prevedono o pretendere per prestazioni particolari dizioni, che non hanno riscontro con il Nomenclatore, ecc.

Come se non bastasse, a mio avviso, le unificazioni delle USL anziché far emergere quello che di buono c'era tra le varie esperienze hanno portato ad un livellamento verso il basso.

Il sistema va certamente ripensato.

Nel frattempo perché se un paziente viene dimesso da un reparto ospedaliero con l'indicazione di un controllo a 30 giorni presso quello stesso reparto non gli si dà direttamente l'appuntamento: torni il giorno x alle ore y, anziché mandarlo dal suo medico e poi al CUP. Cosa che si potrebbe fare anche in ambulatorio

per una patologia acuta suscettibile di controlli (p.e. una frattura).

E' esperienza mia, ma penso di molti di noi e soprattutto dei pazienti, che lo riferiscono, di ambulatori specialistici o strutture di diagnostica a volte vuote, seppure con liste di attesa lunghissime. La risposta ufficiale è che la gente prenota e poi non disdice o che di fronte alle attese è andata in libera professione o al privato, o che ci siano dei posti lasciati per priorità non utilizzate. Mah! Qualche semplice proposta: applicare le disposizioni relative alle liste di attesa per le attività istituzionali e quelle in libera professione, controllare la percentuale di visite e accertamenti eseguiti rispetto a quelli prenotati, gestire in maniera dinamica le liste di priorità con relativi scorrimenti. Se vi sono posti liberi con priorità B perché non spostarci le D o le P?

Il Servizio Sanitario Pubblico sta accusando il colpo delle ristrettezze finanziarie, cerchiamo almeno di far funzionare quello che potrebbe funzionare, a parità di costi. Anni fa c'era un Direttore Generale che faceva la fila al CUP o negli Ambulatori per capire come funzionavano o per capire quello che pensava la gente.

Forse sarebbe il caso di ripetere l'esperienza anche per capire perché la nostra Regione, presa a riferimento come benchmark per l'aspetto finanziario, sia scivolata di diversi posti nella graduatoria che ha indicatori legati alla efficienza, al gradimento e al rispetto dei LEA.

Il paziente si chiama paziente perché patisce, non perché abbia qualcosa a che fare con la pazienza e sarebbe bene che il decisore politico se ne ricordasse.



Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, in occasione della sua venuta a Perugia del 15/01/2014, ha visitato anche la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, incontrando il Consiglio Direttivo e alcuni medici operanti nelle varie realtà locali con i quali ha parlato delle criticità della medicina del territorio.

Al termine della visita è stata consegnata al Ministro Lorenzin, da parte del Presidente dell'Ordine dei Medici di Perugia, dott. Graziano Conti, una medaglia d'argento raffigurante il Grifo, simbolo della città di Perugia.



DIARIO DI UNA LOTTA PER LA SOPRAVVIVENZA

Cento anni di sanità italiana attraverso
la storia del piccolo ospedale di Spello.
Fiammetta Marchionni

Fausto Santeusanio

Sono lieto di far conoscere tramite il bollettino dell'Ordine dei Medici della provincia di Perugia il volume di recente pubblicazione con i tipi della Volumnia Editrice **"DIARIO DI UNA LOTTA PER LA SOPRAVVIVENZA (Cento anni di sanità italiana attraverso la storia del piccolo ospedale di Spello)**. Autrice del volume è la dottoressa Fiammetta Marchionni, apprezzato medico neuropsichiatra che per molti anni ha esercitato la sua professione presso la Clinica Neurologica del Policlinico di Perugia e nella ASL del territorio perugini. Con determinazione e pazienza certosina ha consultato tutta la documentazione che riguarda la storia e la vita dell'Ospedale di Spello, conservata nell'archivio storico comunale, per un periodo che si estende dal 1861, quindi dall'Unità d'Italia, quando compare la prima traccia dell'esistenza dell'Ospedale di Spello, fino al 1973 quando di fatto la struttura ospedaliera veniva accorpata definitivamente all'Ospedale di Foligno. Anche a Spello dopo l'unità d'Italia venne costituita la Congregazione di Carità per l'amministrazione delle opere pie già esistenti nel territorio e quindi anche dell'assistenza ospedaliera. In realtà un Ospedale a Spello era stato già fondato in precedenza dalle varie Confraternite presentate tempo or unite

nel 1715 nella Compagnia dell'Unione. L'antica dizione di Hospitalis venne cambiata in Venerabile Ospedale degli infermi e dal 1862 in Ospedale Civico con lo scopo di curare "i poveri infermi paesani e forestieri d'ambo i sessi". Nel 1937 la congregazione di Carità di Spello per l'amministrazione ospedaliera venne sostituita dall'ente comunale di assistenza (ECA), da cui tuttavia nel 1939 l'Ospedale Civico ed altre istituzioni di beneficenza ancora operanti passarono ad un nuovo ente che prese il nome di Istituti Riuniti di Ricovero di Spello. Infine l'Ospedale Civico a seguito della riforma sanitaria del 1968, divenne dapprima ente ospedaliero autonomo nel 1970 e poco dopo, nel 1971, si fuse con l'Ente ospedaliero di S. Giovanni Battista di Foligno in un'unica struttura. Vi rimase operativo per qualche tempo un servizio di emodialisi in appendice al reparto di emodialisi e di nefrologia realizzato, fra i primi in Umbria, nell'Ospedale Foligno.

La storia viene accuratamente narrata con dovizia di particolari, anno per anno sulla base dei documenti amministrativi, spesso riportati integralmente, ma accompagnati sempre da un commento essenziale e puntuale, talora anche da fine ironia, consentendo la comprensione e la interpretazione

dei fatti, che mettono in evidenza i vari passaggi e le trasformazioni della organizzazione sanitaria ospedaliera sino alla legge sanitaria del 1968. Una storia che ricalca quanto di fatto è accaduto in genere nelle varie realtà ospedaliere di provincia del nostro paese.

Figura centrale della storia è il dott. Mario Marchionni, padre dell'Autrice, che ha diretto l'Ospedale in qualità di chirurgo per circa 40 anni, con una sola interruzione, di circa 2 anni, essendo stato chiamato alle armi come ufficiale medico nella campagna militare di Russia dal 1941 al 1943. A questo periodo è riferito il diario del dott. Marchionni, che l'Autrice ha raccolto e pubblicato di recente con i tipi della Volumnia Editrice. E' un compendio ricco di umanità e di emozioni, in cui emerge il senso del dovere di un medico sempre al servizio degli altri, siano essi militari colpiti dalle operazioni militari che civili afflitti dalle conseguenze delle terribili condizioni ambientali.

La popolazione di Spello si era molto affezionata al suo chirurgo e si è sempre opposta al suo trasferimento in altro Ospedale, anche se più prestigioso. A dire il vero il dott. Marchionni ha ricambiato in pieno la stima della popolazione mostrando un forte attaccamento all'Ospedale di Spello alla cui crescita e fama aveva contribuito in modo determinante grazie alla sue qualità professionali e al suo impegno anche a livello organizzativo e amministrativo. Non

mancano testimonianze raccolte direttamente da chi ha vissuto quel periodo lavorando in Ospedale, in particolare il dott. Ronconi, medico condotto di Spello, che per vari anni ha affiancato il dott. Marchionni per l'assistenza dei pazienti ricoverati. Da notare che era consuetudine presso queste realtà ospedaliere che Direttore fosse un chirurgo e che l'assistenza medica per i problemi della medicina generale venisse affidata ad uno dei medici condotti del paese.



Un ruolo importante nella vita dell'ospedale di Spello è stato svolto dalle suore della Sacra Famiglia di Spoleto, che garantivano il servizio non solo per le esigenze infermieristiche, ma anche per il funzionamento della cucina e del guardaroba. Ma non sempre si è trattato di un rapporto sereno, per cui era talora necessario rivedere gli atti di convenzione fra

la congregazione di carità di Spello e l'Istituto della Sacra Famiglia e ritoccare gli stipendi assegnati alle suore.

Nel libro sono ricordate le difficoltà di bilancio dell'amministrazione ospedaliera alle prese con i pagamenti delle ditte fornitrici e con le rivendicazioni del personale dipendente, ma anche con i crediti acquisiti nei confronti di altri enti pubblici e privati che tardavano i pagamenti per prestazioni erogate. Non mancano atteggiamenti poleмici dei medici verso altri colleghi e ricorsi per le decisioni dell'amministrazione, ma anche provvedimenti disciplinari di questa a carico dei sanitari che

violavano le regole dell'Ospedale. Si ricordano anche le discussioni agli inizi degli anni '60 sulle proposte delle nuove convenzioni con l'INAM e con la mutua dei Coltivatori Diretti. Interessanti sono anche le storie controverse di concorsi per l'assegnazione di ruoli sanitari, di rapporti con gli ospedali di Foligno e di Spoleto ed anche con la Facoltà di Medicina dell'Università di Perugia. Insomma sono storie non dissimili in sostanza da quelle che assillano anche le realtà sanitarie dei nostri giorni sia

pure con diverse connotazioni.

In sintesi la storia del piccolo Ospedale di Spello che ci offre la lettura del libro pubblicato dalla dottoressa Fiammetta Marchionni, oltre a mantenere viva la memoria di una struttura sanitaria che ha svolto in passato un ruolo molto importante nella sanità umbra, può ancora offrirci un richiamo ad un modello di medicina di altri tempi forse più vicina all'uomo sofferente e più sensibile alle esigenze della persona.



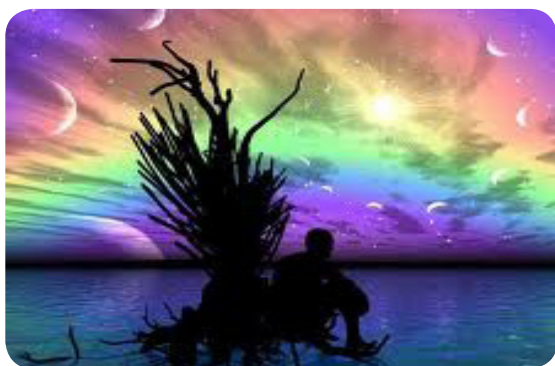
Il rapporto col malato che trascende l'evento malattia e propone riflessioni e significati più generali. Il lirismo di oggetti inanimati, persone, volti e memorie che racconta verità celate. Il tentativo di capire la realtà circostante, gli accadimenti della storia, le leggi del vivere sociale, che è uno sforzo destinato al fallimento, rimanda alla dimensione individuale dell'esistenza e insegue la speranza salvifica del sacro. Il libro, partendo dall'esperienza della Medicina, si propone di raccontare tutto questo. Spesso è solo un intravedere, trasmette un'immagine, un'emozione che ognuno elaborerà nel proprio intimo. Nell'era della tecnica, sottolineare la dimensione umana

del rapporto medico-paziente significa comprendere l'unità materiale e spirituale dell'uomo. Significa, anche, valutare con prudenza le possibilità miracolose della scienza, formidabile strumento di miglioramento delle condizioni di vita, ma anche artefice di false illusioni.

Conosco il dott. Marcello Paci da tantissimi anni. Eccellente chirurgo, uomo che ben conosce l'etica, da un pò di tempo si cimenta anche nell' "avventura" letteraria.

Marcello nasce a Foligno nel 1947. Frequenta il liceo nella sua città e si laurea in medicina a Perugia nel 1972, dopo aver frequentato le università di Perugia e Roma ed essersi recato a Milano, Parigi e Copenaghen per periodi di studio. Conseguite specializzazioni in diverse branche chirurgiche, è docente alla "Sapienza" di Roma. Dal 2000 è iscritto all'ordine dei pubblicisti e scrive su riviste scientifiche. Sposato, vive tra Foligno e Roma e lavora come chirurgo presso cliniche convenzione.

Dott. Antonio Montanari



Ad un certo punto della vita non è la speranza l'ultima a morire, ma il morire è l'ultima speranza

Leonardo Sciascia, *Una storia semplice*, 1989

F.Tiziani, M.Mariani, C.Corbucci, S. Pizzasegale, G.F.Brusco

CRS- Centro per la ricerca sulla sterilità e il sostegno alla PMA - Fondazione Onlus

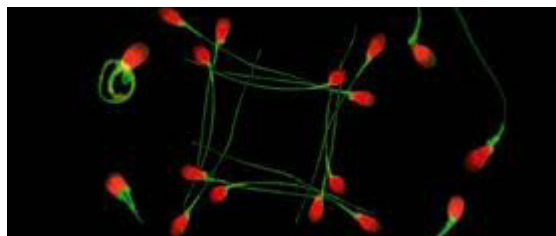
Negli ultimi trent'anni, i programmi di diagnosi precoce e l'evoluzione delle terapie antineoplastiche hanno contribuito a rendere curabili molte forme di tumore in passato ritenute mortali. L'aumento della sopravvivenza media di giovani pazienti affetti da tumori, ha posto l'attenzione sugli effetti a lungo termine delle terapie antineoplastiche e sulla qualità di vita di questi dopo il trattamento, in particolare sul rischio di sterilità cui possono andare incontro. La chemioterapia e la radioterapia necessari per il trattamento del tumore, possono danneggiare le gonadi maschili e femminili e successivamente portare ad una sterilità. Gli effetti di questi trattamenti sul potenziale riproduttivo possono essere transitori o definitivi e dipendono da molti fattori, come ad esempio l'età del paziente, il tipo di terapia e la fertilità del paziente prima del trattamento; le terapie antineoplastiche, inoltre, sono in grado di danneggiare in maniera imprevedibile il patrimonio genetico degli spermatozoi e degli ovociti. Per quanto riguarda l'uomo, si è visto che in circa la metà dei pazienti sottoposti a trattamenti antitumorali si ha una alterazione

PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' NEI PAZIENTI ONCOLOGICI: UNA SPERANZA NELL'INCUBO DELLA MALATTIA

Dott.. Fabrizio Tiziani

significativa della qualità del seme e nel 25-30% dei soggetti trattati si registra una assoluta assenza di spermatozoi (azoospermia) nel campione seminale che persiste anche molti anni dopo la fine delle terapie. In alcuni pazienti, dopo qualche anno dalla remissione completa dalla malattia neoplastica, si può assistere ad un ripristino della fertilità. Il congelamento del liquido seminale rappresenta una concreta possibilità di preservazione della fertilità nell'uomo e consente di conservare gli spermatozoi per un tempo indeterminato sospendendo in modo reversibile le attività biologiche di queste cellule. È molto importante, però, che il congelamento del liquido seminale venga effettuato prima di sottoporsi a chemioterapia o radioterapia, prima quindi che questi trattamenti possano danneggiare gli spermatozoi.

Gli spermatozoi sono cellule molto resistenti, l'unica alterazione che subiscono in seguito al congelamento e allo scongelamento è la riduzione del 15-20% della motilità rispetto a quella che possedevano prima del congelamento, ma la capacità fecondante rimane inalterata. La salvaguardia della fertilità nella donna è molto più complessa. Esistono diverse op-



zioni per preservare la fertilità nella donna ma nessuna ha la stessa affidabilità del congelamento del seme nell'uomo. Le strategie che si possono utilizzare sono, il congelamento degli embrioni, il congelamento degli ovociti ed il congelamento del tessuto



sopravvivenza degli ovociti allo scongelamento. Tutte queste misure hanno sempre l'obiettivo di evitare che si formi ghiaccio all'interno dell'ovocita che causerebbe la distruzione della cellula stessa. I protocolli più usati sono quelli che prevedono un

congelamento lento, cioè una discesa della temperatura programmata fino a -150°C , poi l'immersione diretta in azoto liquido a -196°C , ed uno scongelamento rapido. Una tecnica alternativa di criopreservazione è la vitrificazione degli ovociti, in cui si evita la formazione di ghiaccio all'interno della cellula usando crioprotettori ad elevate concentrazioni ed una riduzione drastica della temperatura immergendo direttamente in azoto liquido gli ovociti da congelare. Con questa tecnica, sopravvive circa il 70% degli ovociti, circa il 50% si feconda e si riportano anche delle nascite. Ad oggi, la maggior parte delle strategie per preservare la fertilità nella donna sono ancora sperimentali e non garantiscono il recupero della fertilità. Sia il congelamento degli ovociti che del tessuto ovarico prima delle terapie antitumorali sono delle opzioni promettenti per la salvaguardia della fertilità. Tuttavia, il congelamento degli ovociti non è un metodo ben stabilito e le percentuali di gravidanza sono ancora basse. Il congelamento del tessuto ovarico è potenzialmente utile, ma è troppo presto per determinare i suoi reali benefici dal momento che sono stati riportati solo tre casi di bambini nati dopo trapianto di tessuto ovarico criopreservato.

congelamento lento, cioè una discesa della temperatura programmata fino a -150°C , poi l'immersione diretta in azoto liquido a -196°C , ed uno scongelamento rapido. Una tecnica alternativa di criopreservazione è la vitrificazione degli ovociti, in cui si evita la formazione di ghiaccio all'interno della cellula usando crioprotettori ad elevate concentrazioni ed una riduzione drastica della temperatura immergendo direttamente in azoto liquido gli ovociti da congelare. Con questa tecnica, sopravvive circa il 70% degli ovociti, circa il 50% si feconda e si riportano anche delle nascite. Ad oggi, la maggior parte delle strategie per preservare la fertilità nella donna sono ancora sperimentali e non garantiscono il recupero della fertilità. Sia il congelamento degli ovociti che del tessuto ovarico prima delle terapie antitumorali sono delle opzioni promettenti per la salvaguardia della fertilità. Tuttavia, il congelamento degli ovociti non è un metodo ben stabilito e le percentuali di gravidanza sono ancora basse. Il congelamento del tessuto ovarico è potenzialmente utile, ma è troppo presto per determinare i suoi reali benefici dal momento che sono stati riportati solo tre casi di bambini nati dopo trapianto di tessuto ovarico criopreservato.



Bibliografia:

Stachecki JJ, Cohen J. An overview of oocyte cryopreservation. *Reprod Biomed Online* 2004; 9: 152-63.
Levi Setti PE, Albani E, Novara PV, Cesana A, Morreale G. Cryopreservation of supernumerary oocytes in IVF/ICSI cycles. *Hum Reprod* 2006; 21: 370-5.



Screenare o non screenare

Dott. Marco Petrella

Il mondo degli screening è da sempre sottoposto ad una duplice tensione:

1. l'attacco di chi vorrebbe che si screenasse di meno e accusa il sistema sanitario di propinare programmi di diagnosi precoce che procurano meno vantaggi e più effetti collaterali di quelli previsti;
2. l'attacco di chi vorrebbe che si screenasse di più e accusa il sistema sanitario di negare alla popolazione l'accesso alle più svariate forme di diagnosi precoce.

Cosa c'è di nuovo? Dopo anni di screening organizzati oramai divenuti Livelli Essenziali di Assistenza (quelli relativi ai tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto), dopo le lunghe polemiche relative allo screening del tumore della prostata, sul quale il giudizio resta sospeso, dopo l'avvio strisciante e incontrollabile di tanti screening mai definitivamente approvati come tali, che senso ha tornare sul tema?

Prima di tutto la sempre maggiore disponibilità di strumenti diagnostici pone continuamente nuove sfide. Inoltre ogni patologia di cui si vorrebbe avviare lo screening ha una storia diversa, quindi vanno presi in considerazione diversi modelli di intervento preventivo. Infine il progresso delle conoscenze pone questioni anche sugli screening

già da tempo approvati e avviati.

Prendo quindi volentieri spunto dalle domande che mi rivolge un collega nefrologo e provo a mettere in fila alcuni snodi del ragionamento critico sugli screening, senza tentare in prima battuta di analizzare lo specifico tema dello screening delle insufficienze renali.

Cosa non è uno screening?

Questa domanda non me l'ha posta l'amico nefrologo ma per esperienza credo che valga la pena fare questa premessa. Lo screening non può essere un tentativo di conoscere meglio la prevalenza o l'incidenza di un determinato stato patologico o pre-patologico. Per questo ci sono a disposizione studi campionari o di coorte; o altre strade che si avvalgono con la dovuta attenzione dei database amministrativi; o i registri di popolazione che possono essere istituiti in situazioni particolari, come i tumori. E' lecito e in alcuni casi molto importante cercare di conoscere quale sia la rilevanza numerica di un definito problema di salute, sia per programmare interventi, sia per valutare risultati, ma in questo articolo useremo la parola screening in una accezione più restrittiva.

Cosa intendiamo qui per screening?

Lo screening, qui in Italia e nella gran parte dell'Europa, in questi anni e quindi in questo articolo, è da considerarsi

una attività diagnostica organizzata periodica, mirata a una definita quota di popolazione asintomatica, destinata a individuare soggetti che presentano un certo stadio del processo patologico, per il quale è disponibile un intervento curativo in grado di migliorare sensibilmente la prognosi per quel soggetto.

Cosa può mettere in dubbio l’attesa di un impatto benefico di uno screening?
 Noi sanitari per primi, e certo quelli come me che si sono occupati di salute pubblica, abbiamo contribuito a diffondere un pregiudizio positivo

sulla prevenzione che si esplicita nel tormentone: prevenire è meglio che curare. Se a ciò si associa l’idea intuitiva che se uno scopre prima un malattia, più facilmente potrà curarla, ecco che si concretizza una fede incrollabile nella bontà di ogni nuova proposta diagnostica si affacci sul mercato. Nelle prossime pagine provo a sintetizzare dove si possono annidare i problemi e perché quindi gli screening approvati e fatti propri dai sistemi sanitari europei siano così pochi. Per far ciò seguirò nel dettaglio la definizione di screening, che ho usato poche righe sopra.

Le trappole dello screening

LA DEFINIZIONE	NEL DETTAGLIO	PUNTI CRITICI ED ESEMPI
Una attività diagnostica organizzata periodica	Il test a disposizione deve presentare buoni parametri di sensibilità, specificità e riproducibilità, verificabili all’interno di un processo di miglioramento continuo della qualità. La ripetizione del test dopo un determinato intervallo serve ad evitare che si presenti dopo il risultato negativo una condizione non più aggredibile con le stesse probabilità di successo	<i>In questa particolare attività diagnostica si massa la specificità può costituire un problema rilevante.</i> <i>Anche la riproducibilità può non essere scontata, come succede quando nella esecuzione del test è centrale il ruolo di un operatore.</i> Per esempio un test HPV positivo mantiene la stessa specificità nell’individuare una infezione, ma non la stessa utilità nelle diverse età della donna: nelle donne più giovani le infezioni regrediscono spesso spontaneamente quindi l’associazione con il rischio di tumore viene ad affievolirsi. La esecuzione di mammografie di alta qualità e una lettura accurata dipendono da formazione, alta numerosità della casistica e verifiche di qualità. Lo stesso dicasi per la lettura citologica dei pap-test. Se non si assicurano queste caratteristiche lo screening non va attuato. Diversa è la situazione per il test HPV e per il FOBT, data la maggiore capacità del laboratorio automatizzato di assicurare la riproducibilità <i>L’intervallo tra un test e l’altro non può essere eccessivamente accorciato sia per problemi di sostenibilità sia per non aumentare i rischi di falsi positivi e sovra-diagnosi</i> Questo è vero per tutti gli screening, ma soprattutto quanto più i falsi positivi e le sovra-diagnosi comportano aggravati in termini di esami invasi-

		vi o procedure terapeutiche, tanto più il tentativo di aumentare le diagnosi può costare caro alle singole persone e alla collettività. Nel caso dello screening colon-rettale, per esempio, già il test di secondo livello comporta una colonscopia. Nello screening non approvato della prostata dopo un PSA positivo di dovrebbe effettuare una biopsia. E dopo una biopsia non francamente negativa si aprirebbe la opportunità di una prostatectomia, con i conseguenti effetti collaterali e indesiderati.
Mirata ad una definita quota di popolazione asintomatica	Il test deve essere sostenibile anche per popolazioni molto ampie, ma anche accettabile da persone che possono essere molto diverse l'una dall'altra. Tutte le persone interessate vanno invitate, possibilmente con un appuntamento prefissato. Gli eventuali motivi di esclusione devono basarsi su informazioni disponibili per la popolazione generale.	<i>In una popolazione asintomatica la condizione che cerchiamo è per definizione rara, quindi il valore predittivo positivo sarà molto basso e il "costo" in termini di falsi negativi potrebbe rivelarsi troppo alta.</i> <i>Spesso si utilizzano un test di primo livello più accessibile e test di secondo livello che mirano a minimizzare il numero di falsi positivi.</i> Ovviamente la bassa prevalenza della condizione cercata va tenuta adeguatamente in conto caso per caso e in rapporto alla evoluzione epidemiologica. Per esempio le lesioni citologiche precancerose saranno molto rare nelle donne risultate negative ad un precedente screening per il cervicocarcinoma. L'invasività dei test di secondo livello può variare caso per caso e per i diversi screening: dopo una mammografia positiva può bastare un'ecografia per scartare l'ipotesi di tumore o essere necessaria una biopsia; nel nuovo modello di screening con HPV test, il pap-test a funge da "trriage" e in caso positivo si va alla colposcopia con biopsia. <i>Tutta la popolazione bersaglio deve idealmente essere messa in condizioni di aderire, se vuole, contrastando i principali fattori di rischio (disponibilità di informazioni, condizioni socio economiche e culturali, accessibilità dei servizi, etc.)</i> Uno screening organizzato parte da una definita popolazione bersaglio che si prefigge di raggiungere e convincere alla partecipazione. Che una certa quota di popolazione sia poco predisposta alla prevenzione è accettabile, ma spesso ci sono ostacoli di altro tipo. E' dimostrato che il disagio socio economico aumenta la probabilità di non aderire, ma anche che lo screening che invita personalmente tutte le

		persone interessate provoca meno differenze di accesso degli screening spontanei. Spesso si assiste a importanti differenze di adesione nella stessa regione e tra le regioni italiane. Se l'adesione resta molto bassa questo comporterà meno vantaggi per la salute pubblica. Anche l'esclusione di alcuni casi diventa complessa a livello di popolazione: per esempio si potrebbe evitare lo screening del cervico-carcinoma in tutte le donne che non hanno avuto rapporti sessuali, ma l'accettabilità e la attendibilità di domande sulla vita sessuale delle persone è molto bassa.
Destinata a individuare soggetti che presentano un certo stadio del processo patologico	Il test deve poter individuare uno stadio sufficientemente predittivo di un ulteriore sviluppo del processo, ma ancora aggredibile da interventi preventivi o curativi.	<i>Quanto più a monte si individua lo stadio, tanto più aumentano i rischi di sovra-diagnosi, cioè di lesioni che non avrebbero apportato alcun problema percepibile al soggetto nel corso della sua vita.</i> <i>D'altro canto la aggredibilità dello stadio precocemente individuato è di carattere statistico: non è escluso in alcuni casi che il processo risulti non arrestabile.</i> Anche nel caso dello screening mammografico, che mira ad individuare tumori in fase precoce, è stata evidenziata una quota di sovra-diagnosi. Sembra infatti che alcuni tumori in situ potrebbero non evolvere mai in forme invasive nel corso della vita della paziente. D'altro canto non è detto che tutti i tumori piccoli della mammella siano suscettibili di un trattamento definitivo. Di questa sorta di doppio vincolo devono essere consapevoli gli organizzatori e gli utenti.
Per il quale è disponibile un intervento curativo in grado di migliorare sensibilmente la prognosi per quel soggetto	Il soggetto che aderisce ad uno screening deve poter contare in caso di risultato positivo su un percorso diagnostico-terapeutico definito. I vantaggi ottenuti devono essere oggettivamente	<i>Una quota inevitabile di falsi positivi e di sovra-diagnosi comporta che gli effetti collaterali e indesiderati dei trattamenti riguarderanno anche questi casi e ciò va considerato nel calcolo dei costi e dei benefici di uno screening.</i> Questa è la maggiore fonte di argomenti contro lo screening del tumore della prostata, nel quale si somma una importante sovra-diagnosi e una alta frequenza di effetti indesiderati dei trattamenti.

misurabili e assicurati a priori da adeguati studi di efficacia.

L'impatto a livello di popolazione può essere inficiato da una bassa adesione o da bassa qualità delle attività di screening.

*Nel caso di screening che mirano a evitare il progredire di una patologia devono essere disponibili **misure di incidenza** relativi agli stadi conclamati e/o avanzati. In questo caso va tenuto distinto il temporaneo aumento di incidenza dovuto all'inizio dello screening.*

Per lo screening del cervico-carcinoma si misura la diminuita incidenza del tumore del collo dell'utero, mentre la diminuzione della mortalità e la diretta conseguenza di tale riduzione di incidenza.

Per lo screening colon-rettale si può misurare la riduzione di incidenza collegata alla scoperta ed eliminazioni di forme pre-tumorali; si può misurare la diminuzione degli stadi avanzati; la riduzione di mortalità è conseguenza dei primi due effetti.

*Nel caso di screening mirati ad evitare la **mortalità** sarà questa la misura da utilizzare per verificare il successo. La verifica dell'efficacia in questo caso potrà incontrare ostacoli per la bassa numerosità degli eventi e per la presenza di fattori concorrenti nella diminuzione di mortalità.*

Per lo screening del tumore della mammella si riesce a misurare la diminuzione della mortalità soprattutto nel confronto tra soggetti aderenti allo screening e soggetti non aderenti.

Diversi approcci vanno considerati: l'effetto può essere misurato sulla popolazione generale residente in un'area in cui è attivo lo screening, sulle persone invitate, su quelle che hanno aderito.

Per lo screening della mammella, la contemporanea azione di importanti miglioramenti terapeutici rende difficile individuare nella complessiva diminuzione della mortalità la quota dovuta allo screening attraverso studi sulla popolazione generale.

Nel caso di molti presunti screening genetici siamo invece in assenza di proposte terapeutiche e non si può parlare propriamente di screening nella accezione che qui abbiamo accettato.

Cosa c'è di diverso dall'uso di un test in un caso sintomatico o a rischio?

Di solito abbiamo di fronte persone che si sono presentate a noi con un problema o per lo meno un dubbio.

Il caso si presenta come caso unico e non come soggetto appartenente ad una popolazione di migliaia di persone alla quale applicare lo stesso protocollo.

Questo contesto aumenta il valore predittivo positivo del percorso diagnostico, se ben mirato. Ciononostante la maggior parte dei protocolli diagnostici ben disegnati tiene conto di quasi tutti i punti critici sopra ricordati.

Certo in una attività su richiesta è molto minore il numero assoluto di problemi inutili che possiamo creare. Al contempo è molto minore il numero dei soggetti che potranno beneficiare di quel protocollo.

Molti sostengono la superiorità di uno screening della mammella personalizzato, condotto direttamente da senologi, somministrando in una sola seduta tutti i test disponibili, prendendo in considerazione al contempo eventuali fattori di rischio aggiuntivi (per esempio la familiarità).

A fronte della certezza che questo test sarebbe limitato a poche donne o necessiterebbe di risorse esorbitanti, non è dimostrato che apporterebbe più benefici che danni (soprattutto falsi positivi, sovra-diagnosi e sovra-trattamenti).

D'altro canto è facile presentarlo come più "accurato" e gradito all'utenza, dimenticando che una grossa fetta dell'utenza potenziale ne resterebbe esclusa.

*Esiste un contesto intermedio definito come **screening opportunistico**.*

Alcune delle persone che abbiamo di fronte persone e che si sono presentate a noi con un problema possono presentare fattori di rischio, più o meno correlati con il problema presentato, per i quali sono disponibili misure preventive.

E' il caso per esempio del rischio cardio-vascolare, condizione che può essere gestita con terapie e consigli relativi agli stili di vita, per evitare eventi gravi e ritardare l'instaurarsi di disabilità.

Non è previsto uno screening organizzato ma sono il soggetto e il suo MMG a farsi parte attiva quando, dopo una certa età l'ipotesi di rischio aumenta di probabilità.

Questo permette di tener meglio conto di variabili individuali e di diverse priorità, a fronte di misure preventive che promettono riduzioni di rischio non risolutive e non assolute.

Ovviamente questo impedisce la tutela della equità e rende più difficili le valutazioni.

IMPARIAMO A COMPORTACI MEGLIO

Cari colleghi,

vorrei condividere una considerazione circa la partecipazione ai convegni che l'Ordine organizza gratuitamente al fine di fare non solo informazione, ma anche per agevolare l'acquisizione di punti ECM che, come ben sapete, sono richiesti dalla legge.

Purtroppo in occasione di questi incontri la disponibilità dei posti è limitata ad un massimo di cento presenze in relazione a quanto prevede la legge in base alla capienza della sala dell'Ordine.

Da qui la necessità di avere in anticipo l'elenco dei partecipanti in modo da dare alla segreteria la possibilità di organizzare al meglio la manifestazione, ma soprattutto per non dover respingere qualche collega una volta raggiunto il numero massimo di presenze.

Si presuppone che chi ha dato la propria disponibilità sia veramente interessato e che abbia provveduto in tempo utile ad organizzare le proprie attività in modo tale da essere presente il giorno dell'evento.

Tuttavia pare che non sia proprio così, almeno a giudicare dal comportamento, che oserei dire oltremodo scorretto, di una buona parte di quei colleghi che pur essendosi iscritti, non partecipano, a danno degli esclusi che avrebbero avuto interesse a maturare il punteggio ECM.

Vorrei sottolineare che organizzare un convegno non è cosa semplice e l'impegno dei consiglieri che si caricano di questo compito è notevole. Nessuno vuole elogi o particolari riconoscimenti, ma come minimo si pretende correttezza e senso civico nei confronti dei colleghi.

Faccio appello alla sensibilità di tutti affinché questo increscioso comportamento non si ripeta ulteriormente e prevalga in tutti quel senso di responsabilità e rispetto imposti non solo dalla civile convivenza, ma, soprattutto, dal nostro codice deontologico.

Valerio Sgrelli
Vice Presidente OMCeO Perugia



Sedentarie in Umbria: meno attività fisica tra le donne secondo l'indagine PASSI

*Dott.ssa Carla Bietta
Coordinatore regionale Sistema PASSI Umbria*

A sentire ciò che rispondono gli intervistati tra i 18 e i 69 anni agli operatori delle USL umbre impegnati nel sistema di sorveglianza PASSI, l'attenzione al tema della attività fisica mostra i suoi frutti.

Abbiamo meno sedentari della media nazionale, un quinto della popolazione invece che quasi un terzo. I parzialmente attivi sono il 44% contro il 36% e gli attivi sono il 36% contro il 34%. I sedentari inoltre calano nel tempo: nel 2008 erano circa un quarto degli intervistati.

Le donne sedentarie sono però di più dei maschi: 22% contro 18% in Umbria; 33% contro 29% a livello nazionale. Questo dato è confermato anche da indagini ISTAT, relative sia alla attività fisica in generale sia allo sport strettamente inteso. E' un dato presente in tutte le fasce d'età e la differenza è statisticamente significativa, al netto di altri fattori che pure incidono, quali per esempio l'istruzione e la situazione economica percepita.

Le ipotesi interpretative vertono intorno a due punti chiave: gli stili educativi che, per quanto mutati, vedono ancora un maggiore investimento sui maschi perché partecipino ad attività sportive; il diverso utilizzo del tempo libero dal lavoro, che vede in genere le donne più impegnate nella cura della casa e dei figli. Altre ipotesi riguardano eventuali pregiudizi contro l'attività fisica in gravidanza, in menopausa e nell'età avanzata.

Qualunque siano però i fattori che ostacolano uno stile di vita più attivo, bisogna riconoscere che le donne costituiscono un gruppo a rischio di sedentarietà, al quale dedicare una attenzione particolare.

Un ruolo importante è quello degli operatori sanitari, in gran parte costituiti dai Medici di Medicina Generale, i quali fanno domande sulla attività fisica e la consigliano a circa un terzo dei loro pazienti. In questo caso il dato nazionale e quello umbro sono coincidenti ed è un dato che anche l'Istituto Superiore di Sanità giudica "migliorabile". Forse in questo margine di miglioramento potrebbe pesare una maggiore attenzione alle specifiche difficoltà delle donne nel coltivare questo importante fattore di salute.

Nota:

I dati umbri, disponibili sia per l'anno 2012 che per il quadriennio 2009-2012 sono al momento reperibili presso il servizio Epidemiologia (carla.bietta@uslumbria1.it); i dati nazionali si riferiscono ad un quadriennio (2009-2012) e si trovano a questo indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp>.

Sono interessanti anche i dati ISTAT (2012) http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5bid_pagin_a%5d=447&cHash=a58e3505ed43e283ccb9a05347e6a7e0

e ISTAT-CONI (2011) http://www.coni.it/fileadmin/Documenti/I_NUMERI_DEL_CONI_EM_2010.pdf



NOVITA' NELLA TERAPIA ERADICANTE DELL'HP

Dott. Attilio Solinas

Il riscontro sempre più frequente di fallimenti terapeutici della terapia eradicante standard per l'*Helicobacter Pylori* (H.P.), con **Inibitore di pompa protonica + Amoxicillina + Claritromicina o Metronidazolo**, legata alla presenza, in Umbria, di tassi elevati di resistenza ai suddetti antimicrobici, che determina percentuali di eradicazione nettamente inferiori al 90%, quindi insufficienti, rende opportuno informare i colleghi che sono stati di recente proposti i seguenti due schemi alternativi di terapia eradicante, la cui efficacia è stata dimostrata in studi clinici e che hanno consentito tassi di eradicazione superiori al 95%:

1) schema di terapia sequenziale (Kate V.et al. *Drugs* 2013; 73(8)815-824 . Liou JM et al. *Lancet* 2013; 381 (9862) 205-213)

Per i primi 5 giorni:

Inibitore di pompa protonica al dosaggio standard : 1cpr ore 8.00 (1/2 ora prima di colazione)

Amoxicillina 1g

: 1 cpr ore 20.00 (1/2 ora prima del pasto)
: 1cpr ore 8.00 (dopo colazione)
: 1 cpr ore 20.00 (dopo cena)

Nei successivi 5 giorni:

Inibitore di pompa protonica al dosaggio standard : 1cpr ore 8.00 (1/2 ora prima di colazione)
Claritromicina 500 mg : 1 cpr ore 20.00 (1/2 ora prima del pasto)
: 1cpr ore 8.00 (dopo colazione)

Tinidazolo 500 mg

: 1 cpr ore 20.00 (dopo cena)
: 1cpr ore 8.00 (dopo colazione)
: 1 cpr ore 20.00 (dopo cena)

o in alternativa il seguente **schema di "terapia concomitante"** della durata di 5 giorni (Federico et Al. *Gastroenterology*: 2012;143:55-61)

Inibitore di pompa protonica al dosaggio standard : 1cpr ore 8.00 (1/2 ora prima di colazione)
Levofloxacin 500mg : 1 cpr ore 20.00 (1/2 ora prima di cena)
: 1cpr ore 8.00 (dopo colazione)

Amoxicillina 1g

: 1 cpr ore 20.00 (dopo cena)
: 1cpr ore 8.00 (dopo colazione)
: 1 cpr ore 20.00 (dopo cena)

Tinidazolo 500

: cpr ore 8.00 (dopo colazione)
: 1 cpr ore 20.00 (dopo cena)

Consigli.

La terapia sequenziale è attualmente quella più consigliabile. Il ciclo di trattamento va iniziato di mattina. Non è richiesta una modificazione dell'alimentazione, ma è necessario evitare l'assunzione di alcool durante la cura. La terapia è generalmente ben tollerata; alcuni pazienti possono avvertire "bocca amara" o alterazioni dell'alvo (stipsi o diarrea lieve).

Ricordiamo inoltre che non è necessario proseguire con l'Inibitore di pompa protonica al termine del ciclo terapeutico, anche perché ciò interferisce con il controllo dell'eradicazione con Test respiratorio all'Urea marcata con carbonio14, che deve essere effettuato dopo 30-40 gg dalla fine del trattamento.

Nel caso si riscontri un fallimento terapeutico nei pazienti già trattati o in quelli che verranno trattati in futuro, è consigliabile una consulenza specialistica gastroenterologica per valutare l'opportunità di un ciclo terapeutico alternativo o di un esame endoscopico con esame colturale e antibiogramma per testare la sensibilità dell'Hp ai diversi tipi di antibiotici.

+



DDL 1214-B PROROGA TERMINI PAGAMENTI ELETTRONICI POS PER I MEDICI E GLI ODONTOIATRI PROROGA AL 30 GIUGNO 2014

L'Assemblea del Senato della Repubblica nella seduta del 26 febbraio 2014 ha approvato definitivamente il disegno di legge n. 1214-B concernente **"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2013, n. 150, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative"**.

Si rileva che l'art. 9, comma 15-bis, del provvedimento dispone la proroga al 30 giugno 2014 dell'obbligo dei professionisti di dotarsi di POS.

Si sottolinea che l'art. 2, comma 1, del decreto interministeriale 24 gennaio 2014 recante "Definizioni e ambito di applicazione dei pagamenti mediante carte di debito" dispone che l'obbligo dei professionisti di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito (POS) si applica a tutti i pagamenti superiori alla soglia di 30 euro.

Il Decreto interministeriale 24 gennaio 2014 prevede una fase transitoria – fino al 30 giugno 2014 – nella quale sono assoggettati all'obbligo soltanto i professionisti e le imprese che, nell'anno precedente a quello in cui è stato effettuato il pagamento, **hanno fatturato più di 200mila euro**. Con la proroga prevista dall'art. 9, comma 15-bis, del D.L. 150/13 (30 giugno 2014) tale fase transitoria non è ovviamente più operativa. Pertanto si rileva che nel momento in cui l'obbligo di POS entrerà in vigore (30 giugno 2014) riguarderà tutte le imprese e i professionisti, senza limiti minimi di fatturato. Tutto questo a meno che non sia emanato entro la fine di giugno 2014 **un successivo decreto attuativo previsto dall'art. 3 del decreto interministeriale 24 gennaio 2014, volto ad individuare nuove soglie e nuovi limiti minimi di fatturato, oltre che ad estendere l'obbligo ad ulteriori strumenti di pagamento elettronici, anche mobili**. Il decreto interministeriale 24 gennaio 2014 non prevede alcuna sanzione per il professionista che non si doti di POS e quindi non sia in grado di accettare pagamenti in formato elettronico con carte di debito.



ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE 15 DICEMBRE 2013

Il 15/12/2013 si è tenuta l'annuale assemblea dell'Ordine. All'inizio il presidente ha porto un particolare saluto ai medici e agli odontoiatri neo - iscritti e ai laureati nel 1963 che festeggiano i cinquanta anni di laurea.

Come è tradizione, l'assemblea ha dedicato, in piedi, un minuto di silenzio ai colleghi deceduti nell'anno:

AGOSTINI Mario, ARMELLINI Daniela, BOSCO Augusto, CECCARELLI Mario, DIONIGI Leandro, DOMINICI Cristiano, DOMINICI Giorgio, FELICINI Maria Rita, GIORNELLI Carlo, HORSKA Katarina, IRACI Giorgio, KFOURI Issam Fouad, MAESTRIPIERI Giorgio, NOCCHI Pietro, PACI Rina, PEZZELLA Francesco, PIGLIAUTILE Antonia, RUBINI Giuseppe, SALCERINI Leda, TOFANETTI Odoardo, VENTURI Ernesto.



Successivamente ha preso la parola il tesoriere dott. Antonio Montanari per 1° punto all'ordine del giorno: la illustrazione, la discussione e la votazione dei bilanci.

Il dott. Montanari ha svolto il suo compito con chiarezza e precisione in particolare evidenziando le realizzazioni dell'anno: la sistemazione della sala (poltrone, impianto amplificazione, proiettore), il rinnovo della dotazione informatica uffici, pur avendo provveduto alla riduzione quota e garantendo un adeguato fondo cassa e un corretto e adeguato accantonamento per TFR.

Acquisita la relazione dei revisori dei conti i presenti hanno approvato alla unanimità, con separate votazioni:

- 1) la ratifica del rendiconto finanziario dell'anno 2012, già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta dell'8.04.2013
- 2) la ratifica dell'assestamento del bilancio preventivo 2013 già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 9/12/2013
- 3) il Bilancio di previsione 2014 licenziato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 09.12.2013.



Scorcio della sala

Il Presidente ha poi relazionato in merito alla attività degli organi collegiali e a quella degli uffici esprimendo il suo più sentito ringraziamento al personale.

Le variazioni intervenute nell'anno hanno così modificato gli albi:

SITUAZIONE ALBI al 16/12/2012: Iscritti Albo Medici Chirurghi N. **4761**, Iscritti Albo Odontoiatri N. **708**, Doppie iscrizioni N. **358**, Persone fisiche N. **5111**;

SITUAZIONE ALBI al 15/12/2013: Iscritti Albo Medici Chirurghi N. **4829**, Iscritti Albo Odontoiatri N. **707**, Doppie iscrizioni N. **353**, Persone fisiche N. **5183**;

per cui l'incremento iscrizioni albo Medici Chirurghi è stato di **+68** unità risultante da **131** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **63** cancellazioni (richiesta, trasferimento, morosità e decesso), mentre per l'albo Odontoiatri vi è stato un saldo negativo di **-1** unità risultante da **8** iscrizioni (nuove e per trasferimento) e **9** cancellazioni (richiesta, trasferimento morosità e decesso). Per le doppie iscrizioni vi è stato un saldo negativo di **-5** unità risultante da **1** nuova iscrizione e **6** cancellazioni.

Nel campo della formazione l'Ordine ha mantenuto il proprio impegno verso i 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.

Nel 2013, grazie alla attività della commissione Aggiornamento ed in particolare del suo Coordinatore, prof. Cesare Fiore, si sono svolti i seguenti corsi:

12 GENNAIO 2013 e 16 MARZO 2013

ATTUALITA' IN FARMACOVIGILANZA

11 MAGGIO 2013

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

25 MAGGIO 2013

AUDIT CLINICO

22 GIUGNO 2013

AMBIENTE E SALUTE:

Inquinamento, interferenze sul genoma umano e rischi per la salute

14 SETTEMBRE 2013

LA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

21 SETTEMBRE 2013 - 26 OTTOBRE 2013

HOT TOPICS IN ENDOCRINOLOGIA CLINICA

9 NOVEMBRE 2013

L'APPROPRIATEZZA IN SANITÀ: UNO STRUMENTO PER IL GOVERNO CLINICO

Questi corsi hanno permesso a molti colleghi l'acquisizione complessivamente

di migliaia di crediti, gratuiti e con incontri francamente diversi, nella loro organizzazione e qualità da quelli consueti.

Il Presidente ha proseguito il suo intervento trattando vari temi della vita della categoria, soffermandosi in particolare su quanto sta accadendo in campo sanitario ed evidenziando i profondi problemi finanziari, economici e sociali del nostro paese, che come medici, a contatto giornaliero con i problemi della popolazione, avvertiamo in maniera continua a costante.

Tra gli altri argomenti trattati la profonda situazione di disagio della categoria, i problemi previdenziali e assistenziali, le difficoltà di formazione e inserimento per i giovani colleghi legate alla contrazione dei finanziamenti e quindi dei posti per le scuole di specializzazione.

Ha poi concluso il suo intervento ricordando interventi, prese di posizione, interessamento dell'Ordine per tutte queste situazioni di disagio e difficoltà nel continuo impegno di fare le cose che si possono e si debbono fare, di non fare quelle che si possono ma non si debbono fare e quelle che si debbono ma non si possono fare, ma soprattutto a saper distinguere le prime dalle seconde. E'quello che si è sempre cercato sempre di fare tenendo presente che ad altri spetta difendere gli interessi dei professionisti mentre è bene che l'ordine, se ci riesce, si occupi dei valori della professione.

Successivamente si sono festeggiati gli iscritti laureati nel 1963 che hanno compiuto cinquanta anni di laurea:

- Dott. BARTOCCINI BENITO, nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 29/11/1963, SPECIALISTA IN MALATTIE NERVOSE E MENTALI; OSPEDALIERO;
- Dott. BELLINI GIANFRANCO, Nato a ROMA, Residente a CITTA' DI CASTELLO, Laureato a PERUGIA il 26/11/1963, SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA E MEDICINA DELLO SPORT, CONSIGLIERE ORDINE MEDICI PERUGIA dal 1/1/76 al 31/12/1978, DIRIGENTE SANITARIO;
- Prof. BERARDI FORTUNATO, Nato a PANICALE, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 15/07/1963 - SPECIALISTA IN CHIRURGIA e IN CHIRURGIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO, LIBERO DOCENTE IN SEMEOTICA CHIRURGICA, PRIMARIO CHIRURGO - OSPEDALE DI ASSISI. REVISORE DEI CONTI ORDINE MEDICI PERUGIA dal 1/1/1988 al 31/12/1990, TESORIERE ORDINE MEDICI PERUGIA dal 1/1/1991 al 31/12/1993, VICE PRESIDENTE ORDINE MEDICI dal 1/1/2003 al 31/12/2011, CONSIGLIERE ORDINE MEDICI dal 1/1/2012
- Dott. CAGNONI GIANCARLO, Nato a CITTA' DELLA PIEVE, Residente a BRESCIA, Laureato a SIENA il 24/07/1963. SPECIALISTA IN RADIOLOGIA MEDICA - PRIMARIO OSPEDALIERO;
- Prof. CITTADINI GIANFRANCO, Nato a CASTIGLIONE DEL LAGO, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 17/07/1963. SPECIALISTA IN RADIOLOGIA MEDICA E RADIOTERAPIA, L. D. IN RADIOLOGIA

- Dott. DI MARIA FRANCESCO, Nato a ROMA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 04/03/1963, SPECIALISTA IN IGIENE e IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE.
- Dott. FORNARI GIOVANNI ERCOLE, Nato a PRATOLA PELIGNA (AQ), Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 25/11/1963. SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA E REUMATOLOGIA, IN MEDICINA GENERALE, IN TISIOLOGIA E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO. MEDICO OSPEDALIERO
- Dott. LATINI SANDRO, Nato a FABRIANO (AN), Residente a FOLIGNO, Laureato a PERUGIA il 27/11/1963. SPECIALISTA IN PEDIATRIA, MEDICO OSPEDALIERO
- Dott. LEO COSIMO, Nato a FIRENZE, Residente a SPELLO, Laureato a PERUGIA il 28/11/1963, SPECIALISTA IN CHIRURGIA e IN CHIRURGIA VASCOLARE . SPECIALISTA AMBULATORIALE
- Dott. LEONE PIETRO, Nato a GRAVINA IN PUGLIA (BA), Residente a UMBERTIDE, Laureato a PERUGIA il 25/11/1963, SPECIALISTA IN PEDIATRIA, PRIMARIO PEDIATRA
- Dott. MARI MARIO, Nato a CITTA' DI CASTELLO, Residente a CITTA' DI CASTELLO, Laureato a PERUGIA il 27/11/1963, MEDICO OSPEDALIERO
- Prof. MARTELLI MASSIMO FABRIZIO, Nato a CITTA' DELLA PIEVE, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 15/07/1963 - SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA, MEDICINA INTERNA, EMATOLOGIA CLINICA E DI LABORATORIO, L. D. IN EMATOLOGIA, PROFESSORE UNIVERSITARIO
- Dott. MENICONI LUIGI, Nato a TUORO SUL TRASIMENO, Residente a MAGIONE, Laureato a PERUGIA il 17/07/1963. SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA, IN REUMATOLOGIA, IN TISIOLOGIA E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO. CONSIGLIERE ORDINE MEDICI PERUGIA dal 1/1/1979 al 31/12/1984 e dal 1/1/1988 al 31/12/1999 - TESORIERE ORDINE MEDICI PERUGIA dal 1/1/1997 al 31/12/1999- MEDICO OSPEDALIERO
- Dott. MONTANARI GIUSEPPE, Nato a MONDOLFO (PU), Residente a GUBBIO, Laureato a PERUGIA il 25/11/1963. SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA, PRIMARIO OSPEDALIERO
- Dott. OTTAVIANI ALESSANDRO, Nato a PERUGIA, Residente a SPOLETO, Laureato a PERUGIA il 15/07/1963, SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA, MEDICO OSPEDALIERO;
- Dott.ssa SANTILLI FRANCESCA EMANUELA, Nata a MONTEFRANCO (TR), Residente a PERUGIA, Laureata a PERUGIA il 28/11/1963; SPECIALISTA IN PEDIATRIA e IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA, MEDICO OSPEDALIERO
- Prof. SENIN UMBERTO, Nato a ZARA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 15/07/1963; SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA, RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA, GERONTOLOGIA E GERIATRIA, L. D. IN PATOLOGIA SPECIALE MEDICA E METODOLOGIA CLINICA; PROFESSORE UNIVERSITARIO
- Prof. STAFFOLANI NICOLA, Nato a CORRIDONIA (MC), Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 16/07/1963, SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, L. D. IN CLINICA ODONTOIATRICA. PROFESSORE UNIVERSITARIO

Ai presenti quale testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima nei confronti di chi ha ben operato per un periodo così lungo, da parte di tutta la categoria è stata consegnata una medaglia opera di un orafo artigiano rappresentante il Grifo di Perugia.

In seguito sono stati consegnati i premi di laurea intitolati alla memoria del dottor. Domenico Tazza. Quest'anno il contributo del Gruppo Veneto Banca (Tesoriere dell'Ordine) è stato integrato dal Consiglio con fondi propri e sono stati quindi consegnati cinque premi da mille euro ciascuno, quattro a iscritti medici chirurghi e uno ad un odontoiatra. I premi sono stati consegnati dal Presidente e dalla dott.ssa Maria Adelaide Susta ai colleghi:

- 1) **Dott. Luca Parretti:** "USO DELLA SPETTROSCOPIA PROTONICA IN RISONANZA MAGNETICA NELLO STUDIO DEI DISTURBI COGNITIVI DELL'ANZIANO".
- 2) **Dott.ssa Sara Cantarelli:** "STUDIO IN VIVO E IN VITRO DELL'ESPRESSIONE E DELLA FUNZIONE DELL'ENZIMA IDOLEAMINA 2.3 DI OSSIGENASI(IDO) NEL CARCINOMA DELLA TIROIDE".
- 3) **Dott.ssa Monica Zappulla:** "LA PRESENZA DI COCAINA NELLA MATRICE CHERATINICA".
- 4) **Dott.ssa Maria Giulia Galli:** "SIGNIFICATO DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO DEL DOSAGGIO LIQUORALE DEI FRAMMENTI CORTI DELLA PROTEINA AMILOIDEA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER".
- 5) **Dott. Massimiliano Politi:** "STUDIO COMPARATIVO TRA ANALISI CAFALOMETRICHE 2D E NUOVE PROPOSTE DI METODICHE CEFALOMETRICHE 3D".

Momento culminante della giornata è stato poi il Giuramento dei neo iscritti cui il Presidente ha rivolto l'augurio di una professione prestigiosa, ricca di successi e di soddisfazioni personali, invitandoli ad essere preparati anche ad affrontare le difficoltà e le responsabilità che essa comporta.

A nome dei neo-iscritti la formula del giuramento è stata letta dalla dottoressa GLENDA ALBERTI la più giovane iscritta all'albo dei medici chirurghi e al termine della lettura tutti in piedi hanno pronunciato il loro giuramento.

La giornata si è conclusa con la consegna individuale da parte del Presidente a tutti i giovani colleghi intervenuti, che sono stati chiamati ad uno ad uno dal segretario dott. Lentini, del codice deontologico, la pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, e il distintivo dell'ordine.



Lettura Giuramento Dott.ssa Glenda Alberti



RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2012, ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2013, BILANCIO PREVENTIVO 2014

Dott. Antonio Montanari

Cari Colleghi,

questa mattina vengono sottoposti all'esame ed all'eventuale approvazione di questa Assemblea il Conto Consuntivo 2012, l'Assestamento del Bilancio di Previsione 2013 e il Bilancio Preventivo 2014. 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).

Dopo il triennio 2009/2011, nell'anno 2012 abbiamo raggiunto altri importanti obiettivi, tra cui il completamento della sala centrale convegni, con poltrone Frau, eccellenza italiana, acquistate ad un prezzo molto vantaggioso, grazie ai buoni uffici di un importante rivenditore del territorio.

Completamente rinnovata, inoltre, buona parte della dotazione tecnologica, sia della sala stessa (videoproiezione ed amplificazione), sia degli uffici (computer).

Ma la novità più importante, visti i conti consuntivi degli ultimi anni, così come annunciato dal Presidente, dott. Conti, nell'Assemblea del 2012, è stata **la riduzione della quota annuale, per il 2013, da 110 a 100 euro**. Non è molto, certo, in termini assoluti, ma si tratta pur sempre di una decurtazione dell'11,5% (considerati i 23 fissi che vanno a Roma alla FNOMCeO), che pone l'Ordine di Perugia fra i migliori del Paese (forse sul podio), nel rapporto bilanci/quote di iscrizione (in Italia, c'è chi chiede anche più del doppio).

Non va infine dimenticato che nella quota sono compresi gratuitamente una casella di posta elettronica certificata (a disposizione per ciascun iscritto) e la partecipazione ad uno dei numerosi (per il 2014 ne sono previsti almeno 10!) appuntamenti scientifico culturali e di aggiornamento, fattivamente e sapientemente organizzati dalla Commissione Aggiornamento, presieduta dal prof. Fiore.

Il raggiungimento di questi importanti traguardi parte naturalmente da lontano: dal lavoro serio, competente ed etico di chi, negli anni precedenti, ha gestito l'Ordine di Perugia, permettendo all'attuale Consiglio di proseguire degnamente su una strada ben tracciata. Il consistente avanzo di Amministrazione del 2012, che sarà senz'altro migliorato nel 2013, e che presentiamo con orgoglio, costituisce la prova tangibile.

CONTO CONSUNTIVO 2012

Il dato fondamentale comunque del Conto Consuntivo 2012 è sempre rappresentato



dall'avanzo o disavanzo di amministrazione.

Nell'anno 2012 si è determinato un AVANZO DI AMMINISTRAZIONE pari a € 583.194,92. Infatti partendo dal FONDO DI CASSA al 01/01/2012 pari ad € 549.683,44 aggiungendo il totale delle riscossioni eseguite in competenza (€ 629.813,80) e in c/residui (€ 66719,94), sottraendo in pagamenti effettuati in c/competenza (€ 526.795,28) e in c/residui (€ 76.166,80) si

ottiene il FONDO DI CASSA al 31/12/2012 pari ad € 643.255,10. A tale importo vanno aggiunti i RESIDUI ATTIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 84.895,16 e sottratti i RESIDUI PASSIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 144.955,34. Otteniamo, così, l'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE indicato, di € 583.194,92.

Analizzando le varie voci di Bilancio si può osservare come il TOTALE DELLE ENTRATE di competenza dell'esercizio 2012 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 2012.

Per quanto riguarda, invece, il TOTALE DELLE SPESE CORRENTI (personale, indennità organi istituzionali, bollettino, consulenze e collaborazioni...) di competenza dell'esercizio 2012 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 dall'acquisto delle poltrone e del nuovo sistema di video-proiezione e amplificazione della Sala riunioni, nonché dall'acquisto dei nuovi computer per la segreteria.

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 2012 e sono state controllate dal Collegio dei Revisori dei Conti.

ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2013

Il Bilancio di Previsione per l'anno 2013 è stato approvato dal Consiglio nella seduta del 10/12/2012 e dall'Assemblea degli iscritti nella seduta del 16/12/2012.

Lo schema, formulato in termini finanziari di competenza e di cassa, presentava, l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2013 di € 573.812,18 (tabella 1).

Poiché il Bilancio così formulato si basava su delle stime effettuate in base ai dati in nostro possesso alla fine di novembre 2012, una volta che si è proceduto a redigere il Conto Consuntivo dell'anno 2012 occorre "correggere il tiro", cioè a dire assestare il Bilancio di Previsione 2013.

Nel Conto Consuntivo 2012 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 2013 assestato:

Tabella 1

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
FONDO DI CASSA AL 31/12/2012	€ 622.455,13	€ 643.255,10
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2012	€ 97.227,13	€ 84.895,16
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2012	€ <u>117.847,99</u>	€ <u>144.955,34</u>
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2012	€ 573.812,18	€ 583.194,12

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

BILANCIO DI PREVISIONE 2013

Tabella 2

	COMPETENZA	
	NON ASSESTATO	ASSESTATO
Avanzo di Amministrazione	€ 573.812,18	€ 583.194,92
Entrate CORRENTI	" 521.604,00	" 465.135,00
Entrate in CONTO CAPITALE	" 0	" 0
Entrate per PARTITE GIRO	" <u>183.926,00</u>	" <u>183.535,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE</u>	€ 1.279.342,18	€ 1.231.864,92
	=====	=====
Spese CORRENTI	€ 947.416,18	€ 900.329,92
Spese in CONTO CAPITALE	" 148.000,00	" 148.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO	" <u>183.926,00</u>	" <u>183.535,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE SPESE</u>	€ 1.279.342,18	€ 1.231.864,92
	=====	=====

RELAZIONE SU BILANCIO DI PREVISIONE 2014

Il dato fondamentale di partenza del Bilancio di previsione è l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2014, calcolato tenuto conto del fondo di cassa presunto_e dei residui attivi e passivi presunti al 31/12/2013._

Il fondo di cassa presunto si può desumere dalla tabella seguente ove si evidenzia che il fondo cassa finale presunto al 31/12/2013 è di **625.697,37**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2013

SALDO C/C BANCARIO AL 30/11/2013	€ 738.869,70
<u>SALDO CASSA CONTANTI AL 30/11/2013</u>	€ <u>1.614,89</u>
TOTALE DISPONIBILITA' AL 30/11/2013	€ 740.484,59
 + ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2013 (Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip...)	 € 6.684,67
 - SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2013 (Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13^, Onorif. agli iscritti Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)	 € 71.709,75

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2013	€ 675.459,51
---	---------------------

Alla luce di quanto sopra si può ipotizzare l'avanzo di amministrazione all'01/01/2014 di	€ 625.697,36.
---	----------------------

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2014

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2013	€ 675.459,51
--	---------------------

+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2013 (Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)	€ 103.368,92
---	--------------

- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2013 (Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino, consumi, proc. Informatiche...)	€ 153.131,07
---	--------------

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2014	€ 625.697,36
---	---------------------

BILANCIO DI PREVISIONE 2014 (Competenza)

Per quanto riguarda le ENTRATE CORRENTI sono incrementate per effetto dell'aumento del numero di iscritti per l'anno 2014.

Non sono previste ENTRATE IN CONTO CAPITALE.

ENTRATE

Avanzo di Amministrazione Presunto
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2014)
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi...)
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI
Entrate per PARTITE GIRO (Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)

COMPETENZA

€ 625.697,36
" 444.247,00
" 37.655,00
" 0
" 0
" 191.203,00

TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE

€ 1.298.802,36

=====

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 di nuove procedure informatiche.

USCITE

Spese CORRENTI (Spese conv. assemblea, ind. Cons., stipendi, cond., pulizia consumi energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze, ass. e manut, proc. Info, macchine...)
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto proc. Informatiche...)

COMPETENZA

€ 939.599,36
" 168.000,00
" 0

ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI

Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)

" 191.203,00

TOTALE GENERALE DELLE SPESE

€ 1.298.802,36

=====

Le ENTRATE e le USCITE PER PARTITE DI GIRO variano in base al numero degli iscritti, per quanto riguarda la quota da riversare alla FNOMCeO.

*La consegna delle medaglie
per i 50 anni di laurea*



Dott. Gianfranco Bellini



La consegna della medaglia ricordo Dott. Gianfranco Bellini



Prof. Fortunato Berardi



La consegna della medaglia ricordo Prof. Fortunato Berardi



Dott. Giovanni Ercole Fornari



La consegna della medaglia ricordo Dott. Giovanni Ercole Fornari



Dott. Pietro Leone



La consegna della medaglia ricordo Dott. Pietro Leone



Dott. Luigi Meniconi



La consegna della medaglia ricordo Dott. Luigi Meniconi



Dott. Giuseppe Montanari



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Giuseppe Montanari



Dott. Giuseppe Ottaviani



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Giuseppe Ottaviani



Dott. Francesca Emanuela Santilli



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Francesca Emanuela Santilli



Prof. Umberto Senin



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Umberto Senin



Prof. Nicola Staffolani



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Nicola Staffolani



Foto di gruppo

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



Dott.ssa Adelaide Maria Rita Susta

La dott.ssa Maria Giulia Galli risultata vincitrice di uno dei cinque premi di laurea messi a disposizione dall'OMCeO di Perugia, non potendo essere presente alla consegna avvenuta in occasione dell'Assemblea Annuale, ha ritirato il premio successivamente.



Dott. Luca Parretti



Premio Laurea Dott. Luca Parretti



Dott. Massimiliano Politi



Premio Laurea Dott. Massimiliano Politi



Dott.ssa Sara Cantarelli



Premio Laurea Dott.ssa Sara Cantarelli



Dott.ssa Monica Zappulla



Premio Laurea Dott.ssa Monica Zappulla

Medical Humanities

L'IMPORTANZA DELLA CENTRALITA' DELLA PERSONA NELLA MEDICINA D'OGGI

Dott. Francesco Gamuzza

Lo spunto a scrivere queste mie note mi è stato dato dalla lettura dell'Editoriale del Collega Scarponi, riguardante la cosiddetta "Medicina narrativa", pubblicato nell'ultimo numero del nostro Bollettino.

A tal proposito la prima cosa che ho ricavato dal suo scritto è che l'uomo non è composto soltanto di fisicità e cioè di un insieme di organi specifici interdipendenti, ma anche di un mondo interiore fatto di sensibilità, di stati emozionali, di affettività, di processi cognitivi, di principi morali, in breve di un "Io" che lo rende unico tra i suoi simili.

Ne consegue, rimanendo nel nostro ambito medico, che nella valutazione clinica di un paziente accanto all'analisi oggettiva degli elementi corporei è necessario dare il giusto rilievo alla soggettività della persona prendendo in visione la struttura del suo carattere, lo stile della sua vita quotidiana, i suoi rapporti familiari, il suo tipo di lavoro o di studio con le relative ripercussioni sul suo equilibrio.

Per tal motivo l'uomo non potendosi definire una macchina, quando presenta un guasto, non necessita di una semplice riparazione, ma di un procedimento curativo complesso; infatti la riparazione in sé stessa non ha bisogno dell'ascolto del malato e

rende irrilevante il ruolo della clinica. Di conseguenza essendo un soggetto e non un oggetto, la stessa Medicina, che di esso si occupa, non può essere definita una scienza esatta fatta di numeri, di formule matematiche, di parametri statisticamente più o meno normali.

Quindi data la complessità che presenta l'essere umano come Persona non è possibile estendere il prestigio delle scienze esatte alle scienze umane. Da qui nasce il bisogno di affermare la centralità della Persona ogni volta che un malato venga sottoposto ad una procedura medica; infatti il suo stato è frutto di un gran numero di elementi complessi e in relazione tra di loro e pertanto il suo vissuto non può non essere preso nella giusta considerazione.

Non essendo l'uomo un'isola ha bisogno assoluto di porsi in relazione con chi lo circonda e tale atteggiamento naturale acquista notevole valore soprattutto in campo medico; infatti la creazione di un valido rapporto relazionale tra paziente e curante risulta determinante al fine di giungere ad una diagnosi e ad una terapia valide in caso di malattia.

E' frequente osservare che al primo impatto l'atteggiamento del medico verso un paziente, dopo aver preso

nota dei suoi disturbi, è quello di prescrivere vari esami di laboratorio seguiti talvolta da esami strumentali più o meno sofisticati oppure se il sintomo si riferisce apparentemente soltanto ad un organo specifico di indirizzarlo ad uno specialista. Senza un ascolto empatico e non frettoloso è difficile entrare efficacemente nel mondo interiore di un malato, al contrario un atteggiamento più sereno potrebbe essere la chiave di volta per la comprensione profonda dell'origine dei sintomi dallo stesso presentati.

Senza la Clinica, rappresentata da una visita personalizzata, si demanda spesso agli esami di laboratorio la comprensione dell'affezione in atto che purtroppo non sempre è facile evidenziare. P e r t a n t o il malato ha sempre bisogno di un esame fisico

accurato in tutti i suoi particolari e soltanto così egli sente di essere stato preso in considerazione in modo concreto; infatti il contatto fisico con il terapeuta risulta fondamentale per infondergli speranza, per fargli capire che non è solo oltre che per allontanare quello stato di paura e di soggezione che quasi sempre accompagna una malattia.

Dopo un corretto approccio è frequente osservare un miglioramento delle sue condizioni in quanto si rende più disponibile ad accettare il suo stato e a seguire con più fiducia l'iter diagnostico e terapeutico, in breve

il malato avverte il concretizzarsi di una figura competente e familiare che gli si pone accanto e della quale può fidarsi al fine di ricevere l'aiuto necessario per combattere al meglio il suo stato morboso. In questo caso il medico ha fatto propria la condizione psicofisica del "sentirsi malato" del paziente e cioè la comprensione e la condivisione della sua sofferenza. Questo stato empatico del curante permette l'instaurarsi di un insieme di reazioni biologiche che danno luogo alla messa in circolo di sostanze antistress che promuovono una migliore sopportazione del male associata ad un incremento delle sue difese immunitarie. In breve

l'atto medico c e n t r a t o unicamente sulla persona acquista anche un certo effetto terapeutico perché va a toccare le corde interiori che sostengono



il suo mondo interiore in quel momento in difficoltà. Invece non instaurandosi questa sintonia la visita può trasformarsi in un atto impersonale, sterile, ripetitivo e talvolta controproducente.

La nostra professione acquista un valore inestimabile sul piano sociale in special modo quando è centrata sul sentimento dell'Humanitas di cui tutti i medici dovrebbero essere dotati e che dovrebbe rappresentare la qualità fondamentale che li distingue dagli altri professionisti; quando è carente, è facile diventare emotivamente distaccati e il

condividere la sofferenza del malato risulta più difficile. In tale evenienza forse si mettono inconsapevolmente in secondo piano gli insegnamenti di Ippocrate che da oltre due millenni raccomanda al medico di prestare l'aiuto disinteressato e la cura efficace a tutti coloro che la malattia ha inesorabilmente colpito. Purtroppo l'umanizzazione della Medicina non si insegna più nelle Facoltà mediche delle nostre Università, ciò perché dai docenti non viene data alcuna importanza ad essa, privilegiando l'efficacia delle varie tecnologie "High Tech" che a l l o n t a n a n o spesso dal malato d e s i d e r o s o di contatto umano. La stessa selezione dei futuri medici, per quanto mi risulta, non soltanto non è basata sulla meritocrazia, ma è improntata su Quiz generici che si preoccupano



soltanto di mettere in luce la presenza o meno di una banale cultura generale tralasciando di indagare le doti attitudinali del futuro medico. Date queste premesse deriverà una classe medica poco preparata ad entrare in sintonia con il paziente che, come si è visto, risulta fondamentale per ottenere una sua guarigione. Al contrario sarebbe auspicabile che il medico imparasse nel suo lavoro a dare centralità al malato come Persona non sottovalutando i progressi e le conquiste tecnologiche

che aiutano a rappresentare il quadro fisiopatologico dell'organismo. Da questa simbiosi potrebbe realizzarsi certamente una Medicina più a misura d'uomo e più efficiente. Sarebbe altresì augurabile che la Stessa fosse considerata sempre più come un'Arte della vita che fa uso sì di scienze di varia estrazione, ma nel contempo rimanga un'attività artigianale ed una attività di pensiero che escluda dal suo contesto ogni forma di ripetitività e di pigrizia; infatti oggi è più semplice esaminare, quanto più meccanicamente possibile,

i vari risultati analitici piuttosto che farsi carico responsabilmente di un esame complesso della persona-paziente. Questo potrebbe essere fatalmente dovuto anche al diffondersi oggi di una medicina difensiva dalla quale però un medico dovrebbe essere salvaguardato

da leggi appropriate soprattutto quando diventa fonte di eccessive speculazioni. Fatte salve queste premesse, la speranza è che per il futuro la nuova classe medica umanizzandosi ulteriormente nella sua pratica quotidiana possa dare più considerazione a chi soffre anche con una vicinanza ed un ascolto disinteressati, elementi imprescindibili per il raggiungimento di uno stato di salute più completo e duraturo che da sempre risulta essere l'unico scopo per il quale è nata la nostra professione.



Ipertensione arteriosa sisto-diastolica: concetti essenziali

*Servizio di Cardiologia Diagnostica e
Riabilitativa - Unità Sanitaria Locale n. 2 Perugia*

Dott. Fabrizio Poeta

Il forte impatto dell'età è stato confermato nei partecipanti al Framingham Heart Study: in quelli che erano normotesi all'età di 55 o 65 anni dopo un follow-up di 20 anni, l'ipertensione si sviluppava in quasi il 90% di coloro che arrivavano a un'età di 75 o 85 anni. Con l'incremento del peso corporeo generalmente aumenta la pressione arteriosa e l'aumentata prevalenza del sovrappeso, è probabilmente responsabile del significativo innalzamento della pressione arteriosa nei bambini e negli adolescenti degli Stati Uniti negli ultimi 20 anni.

Il livello di pressione arteriosa è raramente l'unico rischio, ma fa quasi sempre parte di un quadro di rischio multifattoriale. Jackson et al. (2005) vanno oltre, fino a raccomandare che "termini come ipertensione e ipercolesterolemia siano rimossi dal nostro vocabolario clinico e la prossima generazione di medici tratti il rischio, non i fattori di rischio". Analogamente, MacMahon et al. (2005) insistono affinché venga utilizzato, per stabilire la necessità d'intraprendere una terapia antipertensiva, il grado complessivo di rischio cardiovascolare e non il livello di pressione arteriosa.

A partire da un'età compresa tra 40

e 69 anni, ogni aumento di 20 mmHg di pressione arteriosa sistolica o di 10 mmHg di pressione diastolica, è associato a un incremento della mortalità di due volte per cardiopatia ischemica (IHD) e di più di due volte per ictus. Queste differenze proporzionali di mortalità vascolare sono superiori del 50% nella decade compresa tra 80-89 anni rispetto a quella di 40-49 anni e gli aumenti assoluti annuali di rischio sono notevolmente superiori nell'anziano. Non vi è evidenza di una soglia di pressione arteriosa che non sia direttamente correlata al rischio, addirittura fino a valori di 115/75 mmHg.

Una pressione sistolica abituale più alta di 10 mmHg o una pressione diastolica abituale più alta di 5 mmHg, si correla nel lungo termine con un rischio di morte superiore di circa il 40% per ictus e di circa il 30% per cardiopatia ischemica. I dati dei partecipanti del Framingham Heart Study, sottoposti a un follow-up molto stretto, confermano un rischio aumentato di malattia cardiovascolare con livelli di pressione arteriosa in precedenza definiti come normali (120-129/80-84 mmHg) o normali-alti (130-139/85-89 mmHg), rispetto a quelli ottimali (< 120/80 mmHg).

La pressione sistolica aumenta

progressivamente con l'età, mentre i livelli di diastolica tipicamente cominciano a scendere dopo i 50 anni. Entrambe queste variazioni riflettono l'aumento della rigidità aortica e della velocità dell'onda sfingica, con un ritorno più rapido delle onde riflesse. I soggetti anziani con ipertensione sistolica sono a maggior rischio di malattie cardiovascolari. Non sorprende che il progressivo aumento della pressione differenziale sia un indice prognostico sfavorevole di rischio cardiovascolare, dal momento che sia questo aumento sia gran parte del rischio derivano dalla stessa patologia di base: aterosclerosi e arteriosclerosi (De Simone et al., 2005).

Gran parte dell'ipertensione dopo i 50 anni è costituita da ipertensione sistolica isolata (ISH), con una diastolica inferiore a 90 mmHg. In un'analisi basata sui dati del NHANES III, Franklin et al. (2001) hanno riscontrato che l'ISH era la diagnosi nel 65% dei casi di ipertensione non controllata osservata nell'intera popolazione e nell'80% dei pazienti di età superiore a 50 anni. A differenza di alcuni che definiscono l'ISH come una pressione sistolica maggiore o uguale a 160 mmHg, Franklin et al. la indicano molto appropriatamente come maggiore o uguale a 140.

Anche il Framingham aveva dimostrato già dal 1981 il maggior valore predittivo dei livelli elevati di sistolica per le complicanze cardiovascolari. Attualmente i livelli di sistolica sono ritenuti di gran lunga un miglior predittore di malattia cardiovascolare nei soggetti con età superiore a 50 anni, tanto che alcuni dubitano che a partire da questa

età valga la pena misurare i livelli di diastolica. I ricercatori del Framingham Heart Study hanno osservato che la pressione differenziale è più predittiva del rischio di IHD della sistolica, come pure del rischio di scompenso cardiaco congestizio. Questi autori e altri esperti epidemiologi cardiovascolari sono arrivati a raccomandare di considerare la differenziale invece della sistolica, nel punteggio del rischio di Framingham nei soggetti di mezza età e in quelli più anziani (Nawrot et al., 2004).

Nei partecipanti dello studio Framingham è stato osservato con l'aumentare dell'età un graduale spostamento dalle pressioni diastolica e sistolica verso la pressione differenziale, come predittore di rischio coronarico. A un'età < 50 anni, la pressione diastolica era il predittore più importante del rischio di CHD. A partire da un'età compresa tra 50 e 59 anni, i tre indici erano sovrapponibili. Dai 60 anni in poi la diastolica era inversamente proporzionale al rischio, tanto che in queste fasce di età la pressione differenziale è diventata per importanza superiore alla sistolica.

Tuttavia, dal momento che i pazienti più anziani sviluppano malattie cardiovascolari e la funzione della pompa cardiaca si riduce, i livelli di sistolica spesso scendono e compare una curva di mortalità cardiovascolare cosiddetta a U: la mortalità aumenta sia in quelli con pressione sistolica <120 mmHg, sia in quelli con pressione sistolica >140 mmHg. Analogamente, la mortalità è superiore in quelli di età uguale o maggiore a 85 anni se la pressione sistolica è <125 mmHg o la diastolica è <65 mmHg, entrambe

indicative di una condizione clinica compromessa.

In soggetti di età inferiore a 45 anni l'ISH è molto rara, ma quella diastolica isolata (IDH), vale a dire sistolica <140 mmHg e diastolica uguale o maggiore a 90 mmHg, può essere evidenziata nel 10% o più dei casi. In 346 soggetti con IDH seguiti per oltre 32 anni non è stato osservato alcun aumento di mortalità cardiovascolare, mentre era aumentata di 2,7 volte in quelli con aumenti combinati di sistolica e diastolica.

Altri studi hanno osservato un'analoga mancanza di aumento di rischio di IDH, portando Pickering (2003) a concludere che "al momento attuale sembra ragionevole non prescrivere alcun trattamento antiipertensivo nei soggetti con IDH".

Quando sono state esaminate le correlazioni tra vari livelli di pressione arteriosa e rischio di avere un ictus in 450.000 pazienti seguiti da 5 a 30 anni, è emerso un chiaro aumento del rischio di ictus con l'aumentare dei livelli di pressione diastolica. In termini relativi, l'aumento del rischio era molto maggiore nel gruppo di soggetti più giovani (età <45 anni) e cresceva quasi 10 volte di più, rispetto all'aumento di meno di 2 volte nel gruppo di soggetti più anziani. E' ovvio che il rischio assoluto è molto maggiore

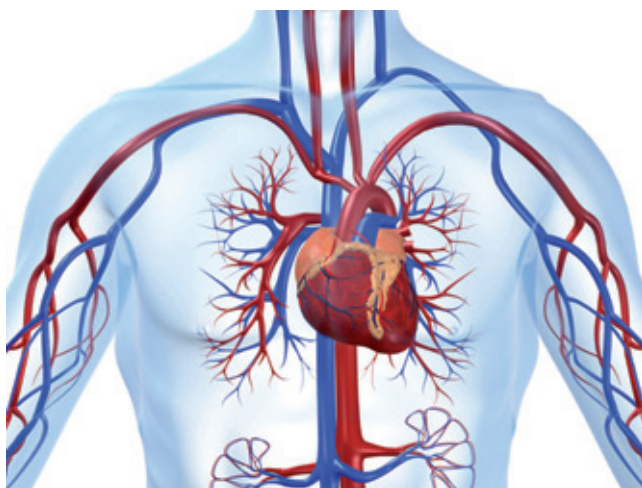
nell'anziano con pressione diastolica più elevata, con l'8,4% in più che va incontro a ictus, mentre ciò avviene soltanto nell'1,7% in più nei soggetti più giovani.

Come osservato da Stamler, "la maggior parte delle persone di età uguale o superiore a 35 anni ha valori di pressione al di sopra di quelli ritenuti ottimali (<120/80 mmHg); per questo motivo è a maggior rischio di CVD (malattia cardiovascolare), cioè il problema della pressione arteriosa coinvolge gran parte della popolazione, non soltanto la minoranza con iper-

tensione clinica". Nel singolo paziente, il rischio assoluto che deriva da valori pressori lievemente elevati può essere abbastanza piccolo.

Si è visto che i soggetti con pressione arteriosa bassa non sottoposti

a terapia antiipertensiva, vanno incontro a un numero minore di malattie cardiovascolari. Anche le evidenze disponibili supportano l'ipotesi che morbidità e mortalità, soprattutto quelle da malattia coronarica, continuino ad essere elevate in molti pazienti a rischio relativamente basso, sottoposti a trattamento con farmaci antiipertensivi rispetto ai soggetti non trattati, a parità di livello di pressione arteriosa. Questi dati non contrastano in alcun modo con la protezione dalle complicanze cardiovascolari, ottenuta con una riduzione farmacologica



efficace della pressione arteriosa nei pazienti a rischio, ma indicano semplicemente che la protezione può non essere costante o uniforme per uno o più dei seguenti motivi: è stata ottenuta solo una riduzione parziale della pressione arteriosa; può essere presente un danno ipertensivo irreversibile; possono non essere migliorati altri fattori di rischio che accompagnano l'ipertensione; possono esservi danni derivanti dall'uso di alcuni farmaci, in particolare con le dosi elevate di diuretici utilizzate nei primi studi.

In numerosi studi clinici randomizzati, controllati con placebo, il numero di pazienti la cui ipertensione è progredita da un grado iniziale meno grave a un'ipertensione più severa, definita da valori >200/110 mmHg, passava da 95 pazienti su 13.389 in trattamento attivo a 1.493 su 13.342 in trattamento con placebo.

Con i farmaci antipertensivi attualmente disponibili, che hanno scarsi o nulli effetti collaterali, si dovrebbe procedere alla terapia anche con livelli di pressione <140/90 mmHg, per prevenire sia la progressione della pressione arteriosa, sia i danni degli organi bersaglio che si manifestano a livelli di pressione arteriosa "normali-alti".

Il JNC-7 raccomanda che la presenza di una diastolica <90 mmHg e di una sistolica uguale o maggiore a 140 mmHg sia classificata come ISH. I rischi di questi aumenti di sistolica nell'anziano sono stati chiaramente identificati, ma l'utilità della terapia nel ridurre i livelli di sistolica tra 140 e 160 mmHg nell'anziano non è stata ancora ben documentata.

Può essere utilizzato il termine

borderline per descrivere un'ipertensione i cui valori salgono solo occasionalmente oltre i 140/90 mmHg.

Riferimenti bibliografici

- Beevers DG. Epidemiological, pathophysiological and clinical significance of systolic, diastolic and pulse pressure. *J Human Hypertens* 2004; 18:531-533.
- De Simone G, Roman MJ, Alderman MH, et al. Is high pulse pressure a marker of preclinical cardiovascular disease? *Hypertension* 2005; 45:575.
- Jackson R, Lawes CM, Bennet DA, et al. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet* 2005; 365:434-441.
- Kaplan NM. Clinical Hypertension. Ninth Edition - Lippincott Williams & Wilkins 2007
- MacMahon S, Neal B, Rodgers A. Hypertension - time to move on. *Lancet* 2005; 365:1108-1109.
- Muntner P, He J, Cutler JA, et al. Trends in blood pressure among children and adolescents. *JAMA* 2004; 291:2107-2113.
- Nawrot TS, Staessen JA, Thijs L, et al. Should pulse pressure become part of the Framingham risk score? *J Human Hypertens* 2004; 18:279-286.



Chiude clinica low cost a Rimini, pazienti e fornitori senza cure e soldi. ANDI: noi non scappiamo

ANDI Informa
FRONTE STOMATOLOGICO ONLINE

NEWS



La crisi colpisce anche, e forse soprattutto, le cliniche low cost che probabilmente non riescono a sostenere le tariffe a prezzi stracciati, e a farne le conseguenze sono i pazienti.

Dopo eclatanti episodi analoghi avvenuti un pò in tutta Italia, questa volta a chiudere è la **Dental&Beauty Center di Rimini** che, stando a quanto pubblicato dai giornali, rischia il fallimento.

I guai per la clinica sembrano essere cominciati dopo le contestazioni intraprese dai titolari di una nota catena di cliniche odontoiatriche in franchising di Bolzano, che gli avevano tolto il marchio per non aver rispettato gli accordi intraprendendo una azione legale.

Le difficoltà di pagare fornitori e dipendenti hanno fatto poi il resto, co-

stringendo i titolari a chiudere i battenti lasciando i pazienti, molti dei quali avevano attivato un finanziamento, con le cure da terminare, il personale ed i dentisti collaboratori senza gli stipendi e odontotecnici e fornitori con le fatture da incassare.

“Sappiamo bene come questa vicenda non sia la prima e purtroppo non sarà l'ultima”, commenta il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada. “Come Associazione, anche grazie ai Dipartimenti regionali ed alle Sezioni provinciali ANDI, abbiamo intrapreso da tempo una campagna di sensibilizzazione dei cittadini verso i rischi di affidarsi a chi pratica tariffe troppo basse, ma sappiamo che non è semplice credere ai nostri messaggi”.

E proprio nell'ottica di sensibilizzare i cittadini riminesi verso i rischi del low cost, sottolineando che “il tuo dentista di fiducia non ti lascia senza cure”, **ANDI Rimini** nei giorni scorsi ha attivato una efficace **campagna stampa** ad hoc.



Giornata Mondiale del rene: Il trapianto renale a Perugia

Gubbiotti Giampiero¹, Garzilli Tiziana², Fagioli Paolo³

Azienda Ospedale Perugia SC Nefrologia¹, Centro Riferimento Regionale Trapianti², SC Chirurgia Generale³

Il 13 marzo e' stata la giornata dedicata al rene: la cosiddetta Giornata Mondiale Del Rene che, in tutto il mondo, ricorda e pone l'accento sull'importanza delle nefropatie e su quanto queste incidano nella vita sociale e sanitaria della popolazione. In effetti studi italiani in pubblicazione riducono le stime dell'insufficienza renale nella popolazione generale, che si attesta comunque intorno a circa il 5% della popolazione, se consideriamo una funzione renale di circa la meta' di quella normale e quindi un filtrato glomerulare di circa 60 ml/min.

Alle malattie renali si accompagnano numerose e importanti alterazioni come l'iperparatiroidismo, l'anemia, disturbi elettrolitici, ipertensione, aterosclerosi accelerata, ma anche un aumentato rischio cardiovascolare. Alla fine di una insufficienza renale c'e' speso il dramma della dialisi che in Italia interessa circa 35.000 persone in trattamento con circa 6000 persone che iniziano questa terapia salvavita ogni anno.

Da questa dura terapia si puo' uscire, in casi selezionati, con il trapianto.

Numerosi sono gli organi o i tessuti che possono essere comunemente trapiantati o innestati nell'organismo umano. Il

trapianto di rene, sia da donatore cadavere che da donatore vivente, è il trapianto d'organo più diffuso. Il trapianto renale rappresenta il trattamento sostitutivo d'elezione per i pazienti con insufficienza renale cronica terminale. L'emodialisi e la dialisi peritoneale non permettono un recupero dello stato funzionale dei reni ed inoltre determinano patologie correlate alla terapia sostitutiva, nonché una dipendenza temporale con importanti limitazioni della sfera sociale e lavorativa. Il trapianto renale invece può permettere un recupero di molti aspetti correlati con la funzione renale, inoltre riduce o addirittura annulla le limitazioni socio-lavorative. Tutto ciò comporta, rispetto ai trattamenti dialitici, un aumento dell'aspettativa di vita, un miglioramento della qualità di vita, nonché una riduzione dei costi.

Infatti il nuovo rapporto sviluppato da Censis e la Societa' Italiana di Nefrologia con il patrocinio di Pfizer¹ ci fornisce finalmente dati affidabili ed attendibili evidenziando chiaramente che dopo tre soli anni di trapianto si ha un risparmio monetario di circa 30.000 Euro. I dati parlano solo di costo monetario e non tengono conto del costo in termini di qualita' di vita. Questo e' stato calcolato in studi USA dove ogni trapianto realizza un guadagno di 3,5 anni, in termini di aspettativa di vita, con buona qualità

di vita rispetto allo stesso paziente se questi fosse rimasto nella lista d'attesa. Questi anni guadagnati e 'vissuti bene' vengono definiti dagli anglosassoni QUALY's (Quality Adjusted Life Years). Monetizzando questo guadagno di QUALY's si ottiene un risparmio che arriva a ben 300.000 \$. Le cifre sono quindi diverse a seconda della metodologia adottata, tuttavia è innegabile che il trapianto riesce a far guadagnare sia in termini economici che sociali coinvolgendo famiglie intere e che ovviamente aumenta con il tempo anche perché la qualità dei trapianti effettuati in Italia è migliorata notevolmente negli ultimi anni e l'outcome dei trapianti italiani è paragonabile o superiore ai principali Paesi europei, come evidenziato dai principali registri internazionali. Questo traguardo è frutto di un'analisi puntuale promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che nel 2002 ha avviato un progetto di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute, innalzare il grado di soddisfazione dei cittadini ed offrire strumenti di trasparenza. Il Centro Nazionale Trapianti è stato il primo ad aderire al progetto dell'ISS sottoponendo l'attività di trapianto a valutazione, attraverso l'individuazione di criteri condivisi ed il coinvolgimento di tutti i centri operativi e dei professionisti del settore. Per garantire la qualità dei dati trasmessi e l'attendibilità dei risultati presentati sono state avviate procedure di audit (verifica ispettiva) su ogni centro trapianto.

Nella Regione Umbria l'attività di trapianto renale è iniziata nel 1988 presso l'Ospedale "R.Silvestrini", attuale polo unico dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, grazie alla volontà ed abolita' di coraggiosi pionieri: Buoncrisiani,,

Gambelunghe, Gerardi, Mercati e Piervittori (in ordine alfabetico). Si iniziò in sordina grazie al sacrificio di operatori sanitari che si accollarono il rischio dell'intervento, dell'oneroso follow-up (il controllo post operatorio) da subito affidato alla nefrologia e degli eventuali insuccessi. In realtà la storia iniziò subito con diversi successi e tutto l'ospedale ne esultò come una conquista comune da sviluppare e conservare. Le varie equipe mediche presero piano piano confidenza, l'amalgama diventò prassi e, non più basato sulla buona volontà, i sistemi divennero protocolli operativi ed automatizzati.

Da allora il numero dei trapianti renali effettuati è stato pari a 428 e il numero dei pazienti trapiantati tuttora seguiti in follow-up, presso l'ambulatorio di trapianto renale della SC Nefrologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, è di circa 300.

I risultati dell'attività trapiantologica sono molto soddisfacenti ed allineati alle medie nazionali, come certificato dal Centro Nazionale Trapianti² : sopravvivenza del paziente a 5 anni = 91% e dell'organo a 5 anni = 78.1%.

Molti potrebbero obiettare che il trapianto potrebbe essere fatto oltre le mura regionali, ma ci si dimentica che il trapianto comporta come abbiamo visto; a) notevoli conoscenze scientifiche, b) l'approfondita conoscenza dei suoi meccanismi di rigetto e di acuzie porta ad un miglior trattamento del trapiantato anche dopo mesi ed anni dall'intervento. c) i pazienti e le famiglie sono più vicini a casa e possono assistere meglio i propri cari con notevoli riduzioni di spesa sociali d) il risparmio ottenuto inserendo i propri pazienti nel programma di trapianto permette per ogni trapianto di guadagnare ingenti somme di denaro

visti i dati di sopravvivenza. e) il risparmio dell'intervento sarebbe solo dell'ospedale ma l'onere di pagare la regione dove venisse mai effettuato ricadrebbe sulle finanze regionali. In pratica, parlando di costo efficacia, nessun investimento è così lucroso e così importante per la vita dei pazienti, per le loro famiglie e per la società'.

L'attività trapiantologica è un'alta specialità al servizio dei pazienti, è un'attività che per definizione deve avvalersi di un team multidisciplinare (chirurghi, nefrologi, anestesisti e rianimatori, immunoematologi, anatomopatologi, radiologi ed altri) coordinato dal Centro Riferimento Regionale Trapianti.

I risultati eccellenti sono quindi dovuti all'abnegazione delle equipe di tantissime unità operative, spesso chiamate ad operare di notte e in urgenza con sistemi collaudati e ben oliati che si attivano su chiamata e comportano per decine di operatori attività di elevatissimo know-how. Non si può certo sottovalutare l'importante, fondamentale ed insostituibile contributo delle due rianimazioni della azienda ospedale Perugia che hanno sempre coadiuvato ed innescato il doloroso processo della assistenza alla donazione. Pensiamo inoltre a quante conoscenze ed esperienze possano aver tratto da questa attività infatti i cardiologi, radiologi, anatomici, agli operatori del laboratorio analisi e tutti quelli che hanno permesso questa favolosa avventura verso la vita! L'elevata acquisizione di conoscenze è una delle grandi ricadute dovute al trapianto renale. Le equipe sanitarie hanno acquisito negli anni esperienze notevoli che spaziano dalla diagnostica, al trattamento delle complicanze fino alla terapia che usa ormai farmaci sempre nuovi e sempre più complessi. Queste

esperienze vengono poi trasferite a tutti i pazienti e non solo trapiantati.

Il percorso trapiantologico parte dalla gestione della lista d'attesa, prosegue con il prelievo dell'organo ed il successivo trapianto, si conclude con il follow-up post-trapianto, che è la fase di maggior durata, di pertinenza nefrologica, nella quale il paziente è gestito per tutta la durata di funzionamento dell'organo trapiantato. La SC di nefrologia diretta per anni dal Dr. Buoncristiani, ha avuto uno sviluppo importante in termini di conoscenza ma anche di efficacia. Tutti gli operatori medici ed infermieri ma anche OS sono ben consci che il trapianto rappresenta un fiore all'occhiello di forte impatto clinico e sociale. L'ambulatorio di nefrologia dedicato al trapianto costruito negli anni dal Dr. Cozzari, ora pensionato, e poi affidato al Dr. Gubbiotti e dr.ssa Gaburri, effettua centinaia di visite mensili sia a pazienti trapiantati a Perugia che fuori regione in quanto gli viene riconosciuto un importante know-how e organizzazione elevata. Da un corretto follow-up scaturisce quindi un buon risultato che sarebbe mortificato da una riduzione di risorse. Il trapianto renale è quindi un gioco di squadra, in cui entrano a far parte, in particolare nel follow-up, anche lo stesso paziente ed il medico di medicina generale; è un percorso impegnativo, ma coronato da ottimi risultati in termini di aspettativa e qualità di vita dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica terminale, permettendo inoltre significativi risparmi per il sistema sanitario, aspetto ancor più importante in un'epoca di ristrettezze economiche e tagli alla sanità. Sarebbe opportuno che questo clima di collaborazione, di integrazione e di partecipazione fosse costantemente incoraggiato e supportato.

Borse di studio

Eleonora Cantamessa

Galeno bandisce 2 BORSE DI STUDIO di 3.500 euro ciascuna intitolate a Eleonora Cantamessa

la ginecologa e socia Galeno investita mentre soccorreva un ferito

Il premio è riservato a tutti i medici che non hanno ancora compiuto i 40 anni di età.

SCADENZA
30 giugno 2014

Le borse di studio potranno essere finalizzate a sostenere il medico che:

- frequenta corsi di perfezionamento e specializzazione
- svolge il tirocinio
- svolge un dottorato di ricerca
- svolge attività di ricerca post-dottorato
- frequenta corsi di perfezionamento all'estero
- vuole partecipare a progetti di volontariato

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Il bando completo con le modalità di partecipazione è pubblicato sul sito www.cassagaleno.it

INFO

Galeno, Società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo
numero gratuito 800- 999 383
borsedistudio@cassagaleno.it

REGOLAMENTO RISCOSSIONE QUOTE ORDINISTICHE

Cari colleghi, adeguandoci rispetto a quanto avviene nella maggior parte degli Ordini Professionali, ed in linea con i regolamenti FNOMCeO, comunichiamo quanto recentemente approvato dal consiglio

Quattro fasi operative:

- 1) AVVISO BONARIO** a corrispondere quanto prima (o immediatamente) la quota ordinistica dell'anno precedente, non versata, tramite comunicazione da inviare, di norma, **entro il 31 gennaio;**
- 2) SOLLECITO DI PAGAMENTO** agli Iscritti morosi, con invio entro il 28 febbraio, di raccomandata a.r. da parte dell'Ordine, nella quale si ricorda che la morosità nel pagamento della quota può comportare la cancellazione dall'Albo, a norma dell'art. 11 DLCP 233/46, oltre all'obbligo di rimborso delle spese;
- 3) AVVIO DELLA PROCEDURA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO** mediante invio, **entro il 31 marzo**, di lettera raccomandata a.r. di convocazione del Presidente;
- 4) CANCELLAZIONE DALL'ALBO**, con notifica del provvedimento all'interessato ed a tutti gli Enti ed autorità previsti dall'art. 2 DPR 221/1950.



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