



Bollettino ⁰³⁻²⁰¹⁴

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 03/2014

Nocera Umbra - Perugia (PG)

i n d i c e

A LEZIONE DI VITA

GOVERNO CLINICO
APPROPRIATEZZA
ESITI

pagina 3

DAL TAGLIO DELLA
PIETRA AL ROBOT
CHIRURGICO

pagina 7

L'OPINIONE DEL
SUMAI SUL PIANO
STRAORDINARIO
LISTE D'ATTESA

pagina 19

ABUSIVISMO IN
ODONTOIATRIA

pagina 27

pagina 34

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 03/2014

Sommario

A LEZIONE...DI VITA	3
GOVERNO CLINICO APPROPRIATEZZA ESITI	7
LA SALUTE E LA MEDICINA INTEGRATA	11
INFLUENZA E ROSOLIA, TRA CLINICA E SANITA' PUBBLICA	15
LA PROTESI DOLOROSA	17
DAL TAGLIO DELLA PIETRA AL ROBOT CHIRURGO: COME E' EVOLUTA L'UROLOGIA, QUALI LE ASPETTATIVE, QUALI LE PROBLEMATICHE	19
RECUPERO DI SPERMATOZOI DAL TESTICOLO: CORRELAZIONE TRA ESAME	
RECUPERO DI SPERMATOZOI DAL TESTICOLO: CORRELAZIONE TRA ESAME ISTOLOGICO E TACNICHE	23
MANCATO TRASFERIMENTO IN SANITA' PUBBLICA DEI RISULTATI DEGLI STUDI SENTIERI E CONSEGUENTE RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DEL PIANO DELLA PREVENZIONE (2014-2018)	25
L'OPINIONE DEL S.U.M.A.I. SUL PIANO STRAORDINARIO LISTE DI ATTESA	27
47° CONGRESSO NAZIONALE SUMAI	29
ABUSIVISMO ODONTOIATRICO: L'ENNESIMO APPELLO ALLA POLITICA	31
CAO E ANDI CONTRO L'ABUSIVISMO	32
ABUSIVISMO IN ODONTOIATRIA	34

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

Norme redazionali

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

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Dott. Valerio Sgrella

Tesorieri

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



A LEZIONE...DI VITA

Dott. Tiziano Scarponi

Qualcuno ha detto che la vera storia dell'umanità viene scritta dalle gesta degli eroi, dalle scelte dei grandi statisti e dei re, solo apparentemente. Tutti gli episodi altisonanti e le epopee famose, infatti, sono rese possibili perché c'è sempre un universo di "piccoli" uomini e donne che con il loro operato silenzioso, con la loro vita fatta di quotidianità semplici ed umili permettono quel contesto, quelle condizioni, quelle coordinate di spazio e tempo insomma, per cui possa emergere il grande personaggio, che poi sarà ricordato dalle generazioni future. Sarebbe passato Giulio Cesare a perenne ricordo senza il sacrificio silenzioso dei suoi legionari che lo sostenevano? Napoleone Bonaparte! Che avrebbe mai fatto senza le lacrime e il sangue dei suoi fanti della *Grande Armée*? Che ci azzecca con il bollettino dei medici tutto questo, qualcuno a questo punto potrebbe dire. Questa introduzione, invece, mi serve perché è mia intenzione questa volta raccontare una di queste storie minori, che forse ci azzecherà anche poco in un bollettino per medici, ma io sono fermamente convinto che qualche volta le testimonianze di vita possano insegnare comunque qualcosa, forse anche a essere dei dottori migliori. Ho usato la parola dottore non a caso. Dottore deriva dal verbo latino *docere*, che come tutti sappiamo, significa insegnare, far apprendere agli altri e

difatti, se ci pensiamo bene, quante volte ognuno di noi durante una giornata di lavoro insegna qualcosa e impartisce istruzioni e, quasi mai, accettiamo l'inversione dei ruoli, soprattutto nei confronti dei nostri pazienti, ma qualche volta capita.

Giovanna è una donna quasi novantenne, oramai ridotta.....ma andiamo in ordine. E' mia paziente dal 1980 e la prima volta che la conobbi, fu proprio in un'occasione dolorosa: la certificazione di morte del proprio marito. In tutti questi anni non le ho mai chiesto come mai tutti in blocco vollero me come medico e proprio in quella circostanza, forse avranno avuto qualche problema con il collega che mi aveva preceduto e forse proprio a causa di quella morte prematura, ma non mi è stato mai fatto un benché minimo accenno a riguardo e io non ho mai indagato, ma mi ricordo tutto come se fossi ieri. Varcai la soglia di quell'appartamento situato in una palazzina senza neanche dover bussare, perché la porta, come usava allora in quelle circostanze, era obbligatoriamente aperta con a fianco il tavolino coperto dal tovagliato purpureo con l'orlo dorato per accogliere il registro delle firme dei partecipanti al lutto. Sfilai lungo il corridoio gremito di gente che si apriva come un sipario al mio passaggio mentre sentivo un brusio di voci che sussurravano l'uno con l'altro:" E' il

dottore! E' il dottore". In maniera quasi automatica seguendo la traccia della gente che mi faceva largo, mi ritrovai nella camera matrimoniale stracolma, gli specchi tutti coperti da lenzuola, sul letto matrimoniale la salma vestita in abito da cerimonia con i piedi legati da un fazzoletto e con la mandibola serrata alla mascella superiore da un fazzolettone annodato sopra il vertice a mo' di uovo di Pasqua: un classico. Alla destra del letto, seduta su una poltrona, tutta vestita di nero c'era lei con le braccia aperte, con i capelli grigio neri tutti legati a cipolla come si usava nella vecchia cultura contadina umbra. Sapendo che era stato dimesso dall'ospedale poche ore prima che spirasse in casa, per costatare il decesso feci solo un atto formale e, mentre compivo gli adempimenti di rito, avevo la chiara sensazione di essere giudicato atto per atto dal suo sguardo. Mi rivolsi poi a lei senza proferir parola, mi venne istintivo poiché in quel contesto il silenzio aveva un significato superiore alle parole. Le strinsi la mano e lei sempre senza parole fece un cenno di apprezzamento: capii allora che avevo superato l'esame.

Da quella volta ogni tanto sono tornato in quella casa, ma il più delle volte per visitare i suoi nipoti che la figlia e la nuora le parcheggiavano quando erano febbricitanti poiché loro, non potendo assentarsi dal posto di lavoro, non erano in grado di assisterli. Giovanna mi ha sempre accolto in casa con un atteggiamento austero e poco incline all'aprirsi. Mi faceva visitare i nipoti e si raccomandava che scrivessi in bella grafia le eventuali prescrizioni con la posologia precisa in modo che non avesse poi problemi nel trasferire le informazioni alle mamme. Poche volte mi è capitato di essere chiamato per lei e quelle poche volte sempre per

problemi di febbre alta e infiammazioni delle vie aeree. In quelle occasioni accedevo alla camera da letto che era una vera testimonianza della civiltà contadina oramai estinta. Le lenzuola di quel cotone bianco opaco, ruvido e al profumo di lavanda. Lei con indosso un camicione da notte che dal collo arrivava sino ai piedi e con i capelli non legati a cipolla ma talora raccolti in un unico treccione oppure completamente sciolti che non erano facili da spostare per poter visitare il torace.. Le ricette le compilavo in piedi su di un alto comò, con la lastra di marmo grigio azzurra che faceva da pianale, come da tipica arte povera umbra, facendomi spazio fra una gondola di cartapesta, la palla di vetro con liquido che agitandola liberava in sospensione "la neve" e la classica foto di una coppia con i baffoni all'umbertina per il maschio e un collettone di pizzo per la femmina, forse i genitori di lei. Con il trascorrere degli anni, i nipoti sono cresciuti, i figli hanno costruito una villetta bifamiliare in un altro comune limitrofo a Perugia e lei "è entrata in casa" con il figlio maschio e la nuora. Oramai quelle volte che sono chiamato è quasi sempre per i suoi problemi di salute: ischemia cerebrale cronica, parkinsonismo senile abbastanza limitante, lieve scompenso cardiaco, ma quello che la angoscia di più: una progressiva ipovedenza dipendente da molte cause e un quadro di poliartrosi molto invalidante. Qualche mese fa, mi telefona la nuora dicendomi che la Nostra aveva trascorso tutta la notte vomitando e con dei forti giramenti di testa e, anche se per il momento stava un po' "megliano", avrebbero gradito un controllo da parte mia. Ovviamente se pure a malincuore, fra i tempi di percorrenza e la visita se ne vanno più di 90 minuti, mi sono recato dalla

paziente appena ho potuto. Bussa e ribussa non mi rispondeva nessuno, né nuora né figlia, sui familiari di genere maschile nemmeno a pensarci. Mentre stavo a riflettere su come potevo fare ecco che mi viene aperto il cancello e la porta di casa, proprio da Giovanna. Mi apre seriosa come sempre, e mi fa accedere sul “rustico “del piano terreno che, di fatto, ha vicariato il vecchio cucinone della casa contadina con tanto di focolae e tavolone immenso: la vita in comune della famiglia, insomma, si passa qui. “ Lo avevo detto a mia nuora di non disturbarlo perché oramai stavo meglio, ma sa dottore, pur di contraddirmi...” Dalla fretta non parlo, quasi la costringo in poltrona, in silenzio raccolgo un sommario esame obiettivo.....nulla di nuovo. Sarà stata una sindrome vertiginosa posizionale penso fra me e me...” Già che ci sono Giovanna facciamo le ricette che le servono, così i suoi si risparmieranno un viaggio al mio ambulatorio” rispondo. Si alza per andare a prendere i farmaci. Cammina molto lentamente e con fare incerto, il mento quasi le tocca la pancia da quanto la colonna vertebrale è curva, il respiro è affannoso. Raggiunte le scatole le dico di leggermi i nomi. “ Dottore! Ma in tutti questi anni non l’ha capito che sono analfabeta?” mi risponde.” No! Mi scusi, non l’ho mai sospettato....evidentemente non ha mai trovato il tempo perché ha preferito andare a divertirsi!” rispondo in modo molto infelice con le prime parole che mi sono capitate. “Dottore! Beato lei che ci ha ancora la ruzza! Adesso se mi ascolta le dico il perché!.. Lei sa che noi siamo originari di una frazioncina che è in cima ai monti. In famiglia eravamo tutti contadini, il mio povero babbo e la mia povera mamma si alzavano all’alba per andare a lavorare nei campi ed io e tutti i mie fratelli li aiutavamo.

Per questo non abbiamo mai trovato il tempo per andare a scuola. Io andavo da piccola sempre dietro a mia madre dai maiali, dalle galline e dalle oche. Quando sono diventata un po’ più grande mi hanno anche messo in mano la falce per mietere il grano e il fieno poiché la terra che il padrone ci faceva coltivare, in alcuni punti era talmente ripida che era impossibile usare trattori e persino i buoi ci andavano con difficoltà. C’era poi la spannocchiatura del granturco, la vendemmia, la semina, la raccolta delle olive. Poi quando sono cresciuta non ho più davvero trovato il tempo per andare a scuola. Vede dottore, sa benissimo che quando si è giovani si ragiona poco con la testa e, se ha pazienza le racconto un altro po’ della mia vita!” “ Vada pure avanti, Giovanna,” rispondo convinto perché se all’inizio facevo attenzione in maniera distratta, forse per farmi perdonare la mia uscita infelice, ora ero veramente incuriosito dal poter sapere come una donna sempre seria ed austera, per come la conoscevo, avesse potuto ragionar poco con la testa.

“ Poco prima dei vent’anni quell’essere che poi è diventato mio marito ha cominciato a venirmi dietro. Ha cominciato ad aspettarmi quando venivo via dal lavatoio dove andavo a lavare i panni, ha cominciato a sorridermi per strada quando andavo a fare la spesa alla bottega. Mia madre che se ne era accorta subito mi supplicava e mi scongiurava di lasciare perdere perché era un carbonaio. Figlia mia, mi diceva, tu non sai chi sono i carbonai e che vita ti aspetta se ti confondi con loro. A forza di stare in mezzo alla macchia per mesi e mesi diventano selvatici come gli animali del bosco. Non sopportano più gli ambienti chiusi e non vogliono stare mai in casa, anzi tutto quello che ha a che fare con la casa dopo un po’

li infastidisce. Non ti aiutano in niente e quel poco tempo che stanno in famiglia ti fanno rimpiangere i periodi che non ci sono. Sono senza regole, facili al bere, spesso diventano violenti. Li hai sentiti quando litigano fra loro in mezzo al bosco come le urla e le bestemmie arrivano anche in paese e troppe volte i carabinieri devono correre prima che si prendano a colpi di accetta. Lascia stare! Figlia mia, sposa un contadino che è sempre un uomo, ma almeno ha un minimo senso della famiglia e della casa e quasi tutte le sere ci puoi parlare dei problemi. Ma io dottore dura! Anzi le parole di mia madre sortivano l'effetto opposto. Sotto sotto, me lo facevano ammirare di più, pertanto un po' per dispetto e un po' per l'incoscienza dei venti anni l'ho sposato, ma subito dopo il viaggio di nozze a Venezia tutto quello che aveva detto la mia povera mamma si è avverato. Per farla breve io da sola ho dovuto tirare sui i miei due figli, perché lui non si è mai fatto carico di nulla, non è nemmeno venuto all'ospedale quando la femmina a 10 anni ha fatto l'appendicite. Io da sola, se volevamo mangiare perché i soldi del carbone non erano mai sufficienti, ho preso in affitto un campetto vicino alla casa dove ho realizzato un orto da cui ci tiravo fuori ogni bene di Dio: patate, pomodori, insalata e tutti gli ortaggi possibili. Ho messo su un pollaio, una conigliera, ho allevato il maiale e anche una mucca per il latte, nonostante mio marito mi rimproverasse perché sottraevo spazio a muli che servivano per il suo lavoro. C'è stato un periodo che avevo persino preso in affitto per un prezzo ridicolo, poiché essendo talmente ripido non lo voleva nessuno, un campo dove ci ho piantato il grano...e lo aravo da sola con queste braccia, facendomi prestare i buoi dai miei fratelli. La cosa però che

più mi dava fastidio era durante l'estate. In quella stagione le cotture della legna erano ripetute e pertanto spesso trascorrevano anche diversi giorni prima che mio marito tornasse a casa. Verso mezzogiorno, dovevo lasciare tutto quello che stavo facendo per portargli il pranzo su per le creste dei monti. Il più delle volte dovevo correre perché i figlioli molto spesso erano da soli o affidati a qualche vicino. Arrivavo tutta sudata e senza fiato, mai un grazie, invece ogni tanto dovevo sorbirmi qualche rimprovero o lamentela sulla qualità della cucina dei pasti del giorno precedente o peggio ancora, se era molto tempo che non rincasava, ogni tanto pretendeva di soddisfare anche altri appetiti. Lì in mezzo al bosco, come le bestie.. Per fortuna, poi, con i termosifoni il carbone di legna non lo comprava più nessuno e quindi ci siamo trasferiti in città dove ci siamo messi a fare le pulizie per i condomini, i figli hanno potuto studiare e la vita è cambiata.....quindi caro dottore, questa è la mia storia, le chiedo scusa se l'ho annoiato, ma ora che sto per morire mi ha conosciuto veramente". Mentre mi diceva queste ultime parole ho firmato le ricette che erano rimaste incompiute. Mi sono alzato in silenzio, le ho stretto la mano come la prima volta e lei come allora senza parole ha fatto un cenno di apprezzamento. Ancora una volta, nonostante tutto, avevo superato l'esame. Sono salito nell'auto completamente assorto nei pensieri: la donna di allora, le donne di adesso, gli uomini di sempre. Quante Giovanne ci saranno state in Italia! Quante donne come lei avranno retto il tessuto sociale di questa nostra Italia? Non lo so. Io so solo che quel giorno ho avuto una lezione importante, una testimonianza di vita che ho voluto raccontare per suo valore che lascio a voi quantificare.



GOVERNO CLINICO APPROPRIATEZZA ESITI

Dottor Giuseppe Quintaliani, dottor Marco Petrella,
dottor Tiziano Scarponi

E' stato firmato il decreto del Ministero della Salute, recentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni¹, relativo agli standard ospedalieri. La lettura del documento offre delle considerazioni interessanti non solo per quello che riguarda la organizzazione delle strutture e degli ospedali ma soprattutto per un cambio deciso circa la mentalita' che dovra' permeare scelte e decisioni. Il documento fa balenare che si debba ricorrere ad indicatori clinici di efficacia e non solo di efficienza cosi' come riportato da Cartabellotta in un articolo su "Il sole 24 ore Sanita'" online²: il Patto "«conviene sull'adozione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi», in attuazione del decreto Balduzzi. Senza entrare nel merito degli aspetti relativi alla riorganizzazione dei posti letto, è indubbiamente degno di nota che la clinical governance, sopravvissuta ai ripetuti tentativi di mandarla in soffitta, torna a essere a pieno titolo lo strumento di riferimento per garantire qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria, almeno in ambito ospedaliero. ... Nell'incipit dell'allegato 1 si legge infatti che «i significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria e in particolare di quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del SSN, partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione

della *Clinical governance* [...]», che «è necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di Clinical governance, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (accountability), centrato sui bisogni della persona» e che «le strutture ospedaliere declinano le dimensioni della clinical governance, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi». In particolare, gli standard organizzativi per tutti i presidi ospedalieri (di base, di I e II livello) sono costituiti dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: Gestione del rischio clinico, Evidence-based medicine, Health technology assessment, Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche, Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente: dall'integrazione dei sistemi, Formazione continua del personale.»

Anche il grande Remuzzi, uno dei piu' importanti ricercatori al mondo (tra i top 100) presidente dell'International Society of Nephrology, collaboratore ed editorialista anche del Corriere della sera diceva in un recente editoriale che «< si dovrà passare prima o poi ad una valutazione di ospedale non solo

economica ma di obiettivi ed inoltre si dovrà tener conto di appropriatezza e soprattutto di esito delle cure>>

Cergas Bocconi in occasione di un lavoro commissionato dalla SIN società Italiana di Nefrologia si esprimeva in questi termini (non certo solo riferentesi alla nefrologia):³ *“Indipendentemente dalla desiderabilità o convenienza delle specifiche soluzioni, il cambiamento insito nel nuovo scenario è la percezione sempre più diffusa che per tutti i processi produttivi, o per parti significative di essi, sia possibile ipotizzare diverse formule gestionali e che la scelta tra queste deve essere il frutto di valutazioni attente su vantaggi e svantaggi e non più il risultato di inerzie organizzative o di giudizi aprioristici” Ed ancora: Lo scopo, era di tentare di capire come fare funzionare al meglio l'unica opzione disponibile, ma anche della necessità di comprendere a fondo quali possano essere le implicazioni di certe soluzioni, al fine di valutare se e come esse possano collocarsi nelle prospettive strategiche.” Ed ancora: “Elementi che dovrebbero essere in ogni caso considerati requisiti imprescindibili per qualunque valutazione di assetto diversa da quella attuale, sono relativi alla capacità del settore pubblico di definire gli standard qualitativi ed i volumi di prestazioni, nonché la capacità di controllo del rispetto di quanto previsto, tutte capacità teoricamente disponibili nelle Aziende Sanitarie Italiane, ma poco messe in campo operativamente”.*

Invece sono spesso indicatori di performance a farla da padrone. Si pensi che non sono disponibili i dati di Peso ed Altezza dei pazienti ricoverati, dati che potrebbero avere un impatto epidemiologico importante soprattutto se in rapporto alle diagnosi di base (esempio cardiopatie e diabete) ma sono invece disponibili dati amministrativi ad esempio il comune di residenza dei

ricoverati. Abbiamo le tariffe di rimborso dei ricoveri, ma non sappiamo come stia il paziente (cosa che potrebbe essere fatta adottando uno scoring di gravità tra i tanti disponibili e che potrebbero essere forniti in automatico con la lettera di dimissione). I sistemi informativi-informatici sono tarati SOLO od essenzialmente per gestire dati amministrativi spesso del tutto fuorvianti o inutili per la cura del paziente.

Prendiamo ad esempio ciò che scrive Nerina Dirindin sulla Voce.info⁴: <<In altri settori, il nostro paese soffre al contrario di un eccesso di offerta: il numero di risonanze magnetiche e di tomografi computerizzati (per milione di abitanti) è circa due volte quello della Germania, tre volte quello della Francia, quattro volte quello del Regno Unito (Oecd 2012). Un dato che non giustifica le lunghe liste di attesa e segnala un problema di organizzazione dei servizi e di ricorso inappropriato ad accertamenti costosi (e non di necessità di finanziamenti integrativi). Omissis.... Meglio una Tac in meno (quando non necessaria) o un ricovero ospedaliero evitato (anche se erogato dal miglior ospedale del mondo) che un fondo integrativo in più>> Anche in questo caso, seppur assolutamente condivisibile, il giudizio si basa su dati amministrativi e non sulla appropriatezza (come si giudica se una TAC è appropriata?).

Del tutto recentemente AGENAS ha di nuovo licenziato le statistiche del programma nazionali esiti (PNE)⁵ che, comunque si basa ancora sulle SDO (Scheda di dimissione ospedaliera) o sono di tipo gestionale⁶. L'edizione 2014 di PNE sui dati aggiornati al 2013 analizza 58 indicatori di esito/processo, 50 volumi di attività e 23 indicatori di ospedalizzazione. Tuttavia gli esiti analizzati sono incerti e non fotografano assolutamente la qualità clinica di un ospedale. Per esempio non viene

quasi mai riportato se i dimessi da una chirurgia hanno avuto complicazioni, per esempio infezioni, oppure se sono stati dimessi troppo velocemente e magari tornano nel giro di uno o due mesi per complicanze legate all'intervento. Lo stesso lo si può dire per i trattamenti medici dove l'area di incertezza è ancor più ampia. Ad esempio un paziente ricoverato in cardiologia che rientra dopo un mese in medicina per un problema legato al diabete è stato curato bene? Il numero di giorni di degenza in cardiologia entro la media è un buon risultato se non c'è stato il tempo di valutare anche i problemi connessi allo stato diabetico? E la funzione renale è stata sufficientemente indagata? Quante Insufficienze renali Acute si sono avute per una non adeguata diagnosi di IRC preesistente (un problema questo con ricca letteratura soprattutto anglosassone dove la IRC non riconosciuta ha dei costi enormi)?⁷ Quanto ricoveri ripetuti si sono verificati? Il ricovero ripetuto è da sempre ma ancor più ultimamente ultimamente, un aspetto molto curato dalla letteratura internazionale in quanto viene considerato in ogni caso indice di problemi clinici all'interno della équipe che ha dimesso^{8 9}.

È del tutto ovvio che alcuni indicatori di performance possano essere utili per la programmazione sanitari: i giorni per ottenere un intervento al femore od ancora di più per una PTCA cardiaca sono ovviamente importanti e siamo (o dovremmo essere) nell'ovvio. Il problema è sapere quanti interventi sono riusciti, se ci sono state complicazioni e l'outcome finale.

E' necessario quindi passare a dati clinici di provata efficacia magari basati sulle linee guida delle società scientifiche. Gli indicatori clinici sono fondamentali e sono il punto di partenza di qualunque riforma. Questo pensiero non è fine a se

stesso ma ha solide basi metodologiche. La certificazione JCI (Joint Commission International)¹⁰ prevede l'analisi e il raggiungimento di indicatori clinici oltre che organizzativi a scelta dell'ente esaminato¹¹. Gli indicatori clinici devono però essere desunti da linee guida nazionali ed Internazionali di peso e NON da semplici PDTA o ancora peggio autoreferenziati dai singoli ospedali e/o regioni.

Esempi di intervento efficace sono ad esempio l'emoglobina glicata dei pazienti diabetici, o il peso corporeo dopo un programma di intervento- educazione, o la velocità di progressione della insufficienza renale cronica nei pazienti trattati, il numero di ricoveri nei pazienti dell'ambulatorio scompenso etc. Sono centinaia gli indicatori che possono essere utilizzati e forse, se la sanità vuole risorgere, sarebbe opportuno un programma tipo Choosing Wisely¹² al rovescio chiedendo alle società scientifiche di individuare 3-4 indicatori di qualità che fotografino la reale situazione di una patologia conica al minor costo possibile.

Quindi la *clinical governance* è viva e viene mantenuta in vita da un sistema di monitoraggio delle attività, dallo stabilire standard di qualità, dalla *clinical competence*. In altre parole un sistema organizzato che definisca e monitorizzi non solo l'efficienza dei vari sistemi (quanta attività ho svolto) ma anche **come** questa sia stata svolta. Torneremo sulla *clinical competence* che è la base dei sistemi efficaci di trattamento e di riduzione delle liste di attesa. Accenniamo solo al fatto che in tutto il mondo i pazienti seguono i medici bravi e non si fidano dei professionisti imposti o notoriamente poco adatti.

Se veramente la sanità vorrà migliorare le sue performance reali e non millantate, la strada è tracciata. Harvard Business Review citava che per risolvere i

problemi della sanità si deve ricorrere ad indicatori clinici basati sulla scelta degli obiettivi¹³ e così anche il programma QOF¹⁴ inglese, basato sul p4p raccoglie dati clinici e non di efficienza. L'efficienza deve venire solo DOPO che si è ottenuta l'efficacia dell'intervento.

Per anni i clinici sono stati affetti dalla sindrome del criceto¹⁵ che sottolineava come "In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all'interno di una ruota: devono correre sempre più veloci per rimanere fermi". È ora che i sanitari tutti abbiano in mano il riscontro dei loro risultati clinici e che questi abbiano un valore non solo monetario, ma di carriera e a forte impatto organizzativo; il tempo di "todos caballeros" è finito con tutti i danni creati e purtroppo continuamente perseguiti.

La conclusione era che si doveva smettere

di correre e ridisegnare l'assistenza sanitaria. A distanza di anni questo non è ancor avvenuto, l'aziendalizzazione si è fermata al Taylorismo con volumi di attività e mai una valutazione qualitativa dell'operato della organizzazione e del sanitario. Ma le affermazioni contenute nel decreto sugli standard fanno almeno ben sperare. Questa è l'unica strada da perseguire se, alla luce dei recenti sviluppi legislativi, la sanità vorrà dotarsi di strumenti che non siano solo la vetusta e molto probabilmente inadatta, almeno dal punto di vista qualitativo, SDO. Se non difenderemo la sanità pubblica con numeri e dati di provata qualità e non solo a parole, apriremo la strada ai forti gruppi privati che si stanno organizzando con certificazioni sanitarie vere e con indicatori di provata efficacia clinica oltre che economica. E la colpa sarà solo nostra.

- 1 Sole 24 ore Sanità 1 agosto 2014 Ecco il regolamento sugli standard ospedalieri <http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2014-08-01/ecco-regolamento-standard-ospedalieri-161248.php?uuid=AbLhEB9J>
- 2 Nino Cartabellotta (Presidente Fondazione Gimbe): Con il nuovo Patto per la salute rinasce la Clinical governance? Il sole 24 ore sanità online : <http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/commenti/2014-09-02/nuovo-patto-salute-rinasce-111045.php?uuid=AbvqDSJK>
- 3 M Del Vecchio Le formule gestionali della nefrologia G Ital Nefrol 2012; 29 (6): 721-727
- 4 <http://www.lavoce.info/alla-sanita-servono-parole-chiare/>
- 5 Programma nazionale esiti. Migliorano le cure ospedaliere. Ma molte strutture sotto standard Quotidiano sanità 20/10/2014
- 6 http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dal-Governo/benchmark_doc.pdf?uuid=1495a446-f8f7-11e2-b350-2d326bef9612 pag 2
- 7 Diagnosi e valutazione dell'insufficienza renale acuta Antonino Cartabellotta, Biagio Di Iorio 28 febbraio 2014 <http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/419/diagnosi-e-valutazione-dellinsufficienza-renale-acuta/articolo>
- 8 Readmissions and mortality by THE INCIDENTAL ECONOMIST on MARCH 5, 2013 <http://bit.ly/11z2Uz9>
- 9 Phil B. Fontanarosa, MD, MBA; Robert A. McNutt, MD Revisiting Hospital Readmissions Editorial | January 23/30, 2013 JAMA. 2013;309(4):398-400. doi:10.1001/jama.2013.42
- 10 <http://www.jointcommission.org/>
- 11 Quintaliani G, Cappelli G, Lodetti L, Manno C, Petrucci V, Spinelli C, Tarchini R, Virgilio M, Faini M, Alloatti S, Cancarini G, Zoccali C. Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part I: clinical care delivery and performance measurements and improvement. J Nephrol. 2009 Jul-Aug;22(4):423-38.
- 12 An initiative of the ABIM Foundation, Choosing Wisely <http://www.choosingwisely.org>
- 13 The Strategy That Will Fix Health Care - Harvard Business Review La cura per i servizi sanitari <http://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care/>
- 14 Quality and Outcomes Framework. Sistema di pagamento per i medici di cura primaria in Gran Bretagna basato sui risultati ottenuti <http://www.hscic.gov.uk/qof>
- 15 Hamster health care: Time to stop running faster and redesign health care BMJ 2000; 321 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7276.1541> (Published 23 December 2000)



LA SALUTE E LA MEDICINA INTEGRATA

Dottor Francesco Gamuzza

La Medicina Ufficiale quando oggi intraprende un iter curativo ha come principale obbiettivo l'eliminazione del sintomo di una malattia il quale rappresenta soltanto un campanello d'allarme di uno squilibrio presente nell'organismo; pertanto l'eliminazione dello stesso non si traduce in una guarigione definitiva.

Le sue varie branche internistiche e chirurgiche, come sono concepite oggi, non hanno la possibilità di scoprire le radici profonde da cui la malattia trae origine.

A tal proposito non si può non tenere conto che l'Uomo essendo costituito di corpo, di Psiche, di Spirito, di Sentimenti, di Emozioni e soprattutto di un suo Vissuto necessita di essere considerato nella sua interezza se si vuole guarirlo e non soltanto curarlo.

Prendendo in carico un malato non si può trascurare il complesso Psiche-Cervello che nella realtà rappresenta un sistema che governa tutti i processi fisio-patologici in quanto comunica con ogni cellula del corpo attraverso dei messaggeri chimici come: Neuro-peptidi, Citochine, Ormoni che hanno il compito di dirigerlo verso la malattia oppure verso un benessere completo. Oggi si vive più a lungo ma le disabilità si moltiplicano. Gli schemi terapeutici quasi sempre sono costituiti da

un cocktail di farmaci difficilmente per breve termine, ma al contrario possono essere utilizzati per tutta la vita gravati da effetti collaterali.

Allungare la durata di un'esistenza quando la sua qualità è scadente forse non è utile per il malato.

Fatte queste premesse probabilmente è giunto il tempo di riflettere sul fatto che l'attuale Medicina Ufficiale, concependo l'atto terapeutico soltanto come cura del corpo tralasciando le altre componenti dell'Uomo-Persona, necessita di essere integrata con altre tecniche mediche non-convenzionali che mettono al centro della prevenzione e della terapia il suo squilibrio fisico, psichico e spirituale. A conferma di ciò lo stesso Ippocrate suggeriva di tener conto dei rapporti tra psiche e corpo nell'insorgenza di ogni patologia.

Gli squilibri sopradescritti hanno un denominatore comune rappresentato quasi sempre da conflitti interiori irrisolti che attraverso dei meccanismi complessi di ordine biologico si riverberano a livello del nostro soma. I disagi psichici ad essi correlati, secondo le ultime scoperte delle Neuroscienze, si creano fin da bambini in ambienti familiari difficili, poco educativi e carenti di armonia esistenziale nel periodo in cui viene



maggiormente plasmato il cervello nell'area deputata alle emozioni. Tale imprinting infantile, anche se rimane ben nascosto, nella realtà avrà un notevole peso nello svolgimento futuro della vita in quanto può risultare fonte di malattie diversificate per una ricaduta negativa sul sistema immunitario. Non è un mistero che le emozioni forti possano influire sullo stato di salute. Ciò che porta alla luce i suddetti disagi in epoche determinate della vita è senza dubbio lo Stress; quest'ultimo origina da varie cause che sono capaci di esercitare, se croniche, uno stimolo che genera una reazione quasi sempre dannosa soprattutto se agisce intensamente su un terreno predisposto. Generalmente lo Stress è innescato da difficoltà esistenziali come: perdite affettive, vita lavorativa pesante senza soddisfazioni, difficoltà economiche, mancanza di relazioni interpersonali che in genere fanno sentire vivi ed utili all'interno di una comunità. Gli effetti di questi eventi possono

ripercuotersi su tutte le cellule del nostro organismo interferendo con le loro funzioni. Ciò dimostra ancora una volta che l'Essere umano è un "Unicum" e di conseguenza risulta controproducente suddividerlo sul piano funzionale in tanti organi indipendenti. Questo fatto rende difficile, in presenza di un eventuale squilibrio interiore, trovare un percorso terapeutico razionale che ristabilisca uno stato di benessere perduto.

Lo Stress fu scoperto circa 80 anni fa da uno studioso ungherese Hans Selye che lo descrisse per la prima volta nella cavia e poi nell'uomo e che si caratterizzava come una reazione dell'organismo in cui erano presenti dei segni clinici che erano identici a quelli presenti inizialmente in molte malattie; notò che lo stesso effetto era prodotto anche dall'influsso di emozioni negative. L'Autore concluse che le malattie erano la conseguenza di un cattivo adattamento a questo evento. Oggi sappiamo per certo che la Psiche può influenzare l'attività dei sistemi biologici come il Nervoso, l'Endocrino, l'Immunitario e che questi ultimi possono agire sulla stessa Psiche sempre attraverso l'azione di neuro-trasmittitori, di ormoni, di citochine che essi stessi producono. Ecco il mirabile Network che è alla base del nostro vivere. Lo stress nasce in un'area cerebrale chiamata Amigdala (conosciuta come centro di smistamento delle emozioni) che una volta attivata attraverso vie nervose privilegiate stimola l'ipotalamo, l'ipofisi e in successione i surreni e il Sistema Neurovegetativo a produrre sostanze ormonali come: adrenalina, noradrenalina, cortisolo, particolari Neuro-peptidi, Fattori di crescita che

si diffondono in tutto l'organismo ed in modo particolare agiscono sul Sistema immunitario deprimendone le sue difese e stimolando i linfociti a produrre citochine infiammatorie che si è visto essere alla base dell'insorgenza del cancro e di molte altre patologie anche neuropsichiatriche. Per converso anche le cellule immunitarie con le proprie citochine infiammatorie (IL-1, TNF, IL-6) in associazione al Cortisolo interferiscono sul Sistema Nervoso in particolar modo con l'Ippocampo, l'Ipotalamo e l'Amigdala attivando da una parte una loro degenerazione con conseguenti alterazioni della memoria, dei processi cognitivi e della gestione delle emozioni e dall'altra stimolando la catena che cronicizza lo Stress. Per una sistematizzazione delle suddette correlazioni fisiopatologiche da alcuni anni è nata una nuova disciplina chiamata "Psiconeuroendocrinoimmunologia che permette di comprendere in maniera più adeguata i rapporti dei vari sistemi biologici al fine di spiegare su basi scientifiche la dinamica che sta alla base dell'insorgenza di molte patologie. Pertanto date queste nuove verifiche scientifiche, per quanto riguarda la diagnosi e la terapia, il nostro organismo va preso in visione non soltanto nella componente fisica ma anche in quella psichica e spirituale. Pertanto un sostegno psicologico adeguato nell'infanzia o nell'età adulta può risultare efficace nel dipanare conflitti irrisolti che quasi sempre sono le spine irritative delle nostre malattie. Inoltre, anche se agli operatori sanitari riduzionisti e profani della materia può sembrare strano, per guarire lo spirito è fondamentale

la pratica della Meditazione, anche non a carattere religioso, disciplina di origine orientale che ha la capacità, se praticata per alcuni minuti al giorno, di aiutare a gestire lo stress rendendo accettabile la nostra quotidianità (tracciati EEG dinamici e RMN-funzionale confermano tali asserzioni). Anche l'utilizzazione della Fitoterapia, priva di gravi effetti collaterali, ha i presupposti da secoli di contribuire a sanare le disfunzioni fisiche (soprattutto le intossicazioni) senza interferire sul nostro equilibrio, in quanto l'estratto totale della pianta ripropone per certi versi la composizione biochimica dell'essere vivente, ciò che non si verifica per una sostanza chimica prodotta in laboratorio. Ancora una tecnica medica non-convenzionale che potrebbe risultare utile è rappresentata dall'Agopuntura. Tecnica utilizzata da molti millenni dalla Medicina Cinese non soltanto a scopo antidolorifico, ma anche come terapia e profilassi di molte affezioni in quanto ha il potere di equilibrare il sistema energetico dell'organismo e che fondandosi su principi fisici agisce mediante l'azione di particolari



Aghi bimetallici posizionati lungo i Meridiani energetici con lo scopo di favorire la circolazione della nostra energia.

Per concludere, queste mie note non hanno lo scopo di sottovalutare la nostra Medicina Ufficiale perché per certi aspetti risulta fondamentale per la risoluzione di molte patologie acute (soprattutto infettive, cardio-circolatorie, chirurgiche) o di emergenza (traumatiche e rianimative), ma al contrario vogliono avere l'effetto di confermare la sua incompletezza nel trattare le affezioni croniche che necessitano per la loro risoluzione della sua integrazione con altre tecniche mediche. Come conclusione propositiva di quanto

riportato desidero riportare l'esperienza rilevante in un campo specifico come quello della Oncologia integrata del "Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York dove medici esperti in Agopuntura, Fitoterapia, Psicologia, Tecniche meditative trattano malati oncologici con risultati soddisfacenti in fatto di sopravvivenza, di accettazione della malattia, di notevole riduzione degli effetti collaterali legati ai vari trattamenti. Questo dovrebbe far riflettere sull'efficacia e sui pregiudizi nell'accettazione della Medicina Integrata che dove è stata adottata ha sicuramente reso l'esistenza dei malati più accettabile e più degna di essere vissuta.





INFLUENZA E ROSOLIA, TRA CLINICA E SANITA' PUBBLICA

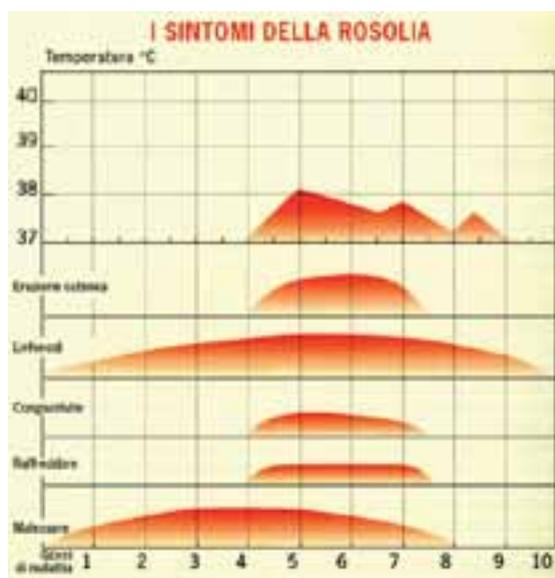
Dott. Marco Petrella

I Due rapporti PASSI regionali riguardanti queste due vaccinazioni (1) rilevano situazioni che, confrontate con gli obiettivi della prevenzione, appaiono meno soddisfacenti di quanto normalmente non si presenti il quadro dell'Umbria.

A proposito della **vaccinazione anti-influenzale** per i soggetti a rischio, che si accompagna alla più vasta azione della vaccinazione negli anziani, scopriamo che in Umbria la percentuale di persone tra i 18 e i 64 anni che riferiscono di essere affette da almeno una delle malattie croniche per cui è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale è pari al 15%. Nelle 6 campagne vaccinali (2008-2013), tra coloro che hanno riferito di essere affetti da una malattia cronica il ricorso alla vaccinazione arriva complessivamente al 24,5%, ben al di sotto dell'obiettivo minimo di copertura del 75% previsto dal Ministero della Salute, variando a seconda del tipo di patologia cronica: più basse le coperture tra le persone con tumori (18,1%), insufficienza renale (23,7%) e malattie respiratorie croniche (27,0%); più elevate tra le persone affette da malattie cardiovascolari (30,6%), diabete (34,6%) e malattie croniche del fegato (34,7%). Poiché la sorveglianza PASSI non rileva tutte le

patologie per le quali la vaccinazione è raccomandata, la copertura può essere sottostimata.

Per quanto si tratti di un'azione di sanità pubblica è chiaro che il ruolo dei MMG e di svariati specialisti sia fondamentale nel decidere con quale forza incoraggiare tale vaccinazione in questi soggetti. E' poco realistico l'obiettivo del Ministero della salute? Non convince la capacità protettiva di questa vaccinazione rispetto al decorso delle diverse patologie croniche considerate? Sul perché si vaccinano più malati di fegato che bronchitici sarebbe di grande interesse il parere dei clinici.





Per quanto riguarda **la lotta alla rosolia congenita**, abbiamo che nel periodo 2008-2013 la quota di donne che sappiamo non essere vaccinate e con rubeo-test negativo, quindi suscettibili all'infezione è pari al 2%; ma c'è anche il 39% che non è a conoscenza del proprio stato immunitario. Complessivamente il numero di donne potenzialmente a rischio di contrarre l'infezione rubeolica supera 1/3 delle donne in età fertile. Sono prevalentemente le più giovani, coloro che hanno un basso livello di istruzione, che riferiscono maggiori difficoltà economiche e hanno cittadinanza straniera. Anche qui, lontani dai successi delle principali campagne vaccinali, quelle

un tempo coperte dalla obbligatorietà, ci si chiede quale sia il problema: incertezze e lacune nella condotta della campagna o poca percezione del rischio nella popolazione e nei clinici che seguono le donne? La rosolia congenita non fa più paura?

Consultando EPICENTRO, il portale dell'ISS, scopriamo che in Italia gli ultimi dati risalgono ad un Bollettino epidemiologico nazionale pubblicato nel febbraio 2009 secondo il quale, nel periodo 2005-2008, sono stati notificati 110 casi sospetti di rosolia in gravidanza e 37 casi sospetti di rosolia congenita. Rarità del fenomeno, scarsità di dati, poca circolazione degli stessi sono probabilmente i peggiori nemici di questa vaccinazione?

(1)

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione umbra con almeno una patologia cronica

[Carla Bietta](#)¹, Igino Fusco-Moffa¹, Ubaldo Bicchielli², Marco Cristofori³, Gabriella Vinti⁴, Anna Tosti⁵, Mariadonata Giaino⁵
La condizione di suscettibilità (nota o presunta) alla rosolia in Umbria

[Carla Bietta](#)¹, Ubaldo Bicchielli², Marco Cristofori³, Gabriella Vinti⁴, Igino Fusco-Moffa¹, Anna Tosti⁵, Mariadonata Giaino⁵

¹ UOSD Epidemiologia - Azienda USL Umbria 1

² Coordinatore aziendale PASSI - UO Epidemiologia - Azienda USL Umbria 2

³ Vice Coordinatore regionale PASSI - UO Epidemiologia - Azienda USL Umbria 2

⁴ Vice Coordinatore aziendale PASSI - UOS Igiene e Sanità Pubblica Alto Chiascio - Azienda USL Umbria 1

⁵ Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Regione Umbria



LA PROTESI DOLOROSA

Dott. Luciano Ferrini

L'intervento di protesi articolare risulta affidabile, in grado di eliminare il dolore e restituire una buona funzione articolare. A fronte dei buoni risultati non sono state completamente eliminate alcune complicazioni, le quali possono determinare il fallimento dell'impianto. Le più frequenti sono l'infezione, lo scollamento asettico dell'impianto, l'osteolisi per malattia da detriti, la frattura periprotetica. Le indagini tradizionali di laboratorio e strumentali consentono nella maggioranza dei casi di riconoscere tali complicazioni e quindi le vere cause del fallimento.

Per "protesi dolorosa" in realtà si intendono quei quadri clinici dominati dal dolore ove non è possibile far emergere una causa attraverso i normali esami radiografici e di laboratorio. L'impianto è ben posizionato, della giusta misura, con buona ricostruzione della geometria articolare, ma con la presenza di una sintomatologia dolorosa che limita la funzione.

Risulta particolarmente difficile studiare questo tipo di dolore, talvolta definito "anarchico", per differenti motivi, soprattutto perché le sue caratteristiche sono quanto mai varie: l'epoca di insorgenza può essere in continuità temporale con l'atto chirurgico oppure presentarsi dopo un periodo vario di tempo libero; non può essere facilmente

quantificabile; può essere legato solo a particolari movimenti, a volte è concomitante con il carico. Si tratta di una sintomatologia subdola non riconducibile ad uno schema conosciuto. Lo studio di tale dolore deve contemplare anche l'influenza di elementi soggettivi. Alcuni Autori non escludono che l'esistenza della "protesi dolorosa" possa essere legata alla insufficienza delle attuali indagini disponibili di primo e secondo livello, pertanto ad un difetto di accuratezza diagnostica, contemplando l'esistenza di fattori non obiettabili e non individuabili, ma tuttavia concorrenti nel determinismo della sintomatologia dolorosa.

L'incidenza della "protesi dolorosa" è molto varia: è differente in considerazione dei paesi, dell'articolazione interessata, della geometria protesica, delle tecniche di fissazione, della tecnica di impianto. La letteratura internazionale attraverso dati controversi, attesta il dolore come causa unica di fallimento allo 0,1-8,9% di tutti gli impianti protesici che richiedono un intervento di revisione chirurgica. Numerosi fattori prognostici sono stati studiati per l'influenza sulla probabilità di risposta, remissione, ricorrenza e durata del dolore dopo l'intervento di artroprotesi. Alcuni di questi sembrano avere una correlazione con il dolore. Per l'età l'incidenza della sintomatologia

dolorosa è maggiore nei pazienti più giovani. Meno si apprezza nei pazienti più anziani probabilmente per una maggiore tolleranza al dolore e per minori richieste fisiche. La relazione tra sesso e dolore non è del tutto chiara, sembra che il dolore cronico post-operatorio sia minore per le donne. I pazienti obesi solitamente riferiscono maggiore dolore, anche se non costantemente. Più studi hanno dimostrato che se lo stato funzionale del paziente nel periodo preoperatorio è scarso, questi è più soggetto ad avere dolore cronico all'articolazione operata. In una grande statistica si è rilevata una associazione significativa tra dolore a livello dell'articolazione protesizzata e depressione.

Il dolore preoperatorio rappresenta un fattore prognostico di grande valore in quanto maggiore dolore e maggiore grado di immobilità preoperatori registrano score per il dolore più alti anche a distanza di anni. Il tutto probabilmente per un meccanismo di sensibilizzazione centrale.

Pazienti con più alto livello di educazione riportano più grande miglioramento del dolore e minor tasso di dolore cronico residuo. La motivazione del paziente al ritorno ad attività essenziali rappresenta un fattore prognostico positivo di miglioramento nelle scale di valutazione del dolore.

I casi di "protesi dolorosa" in prima istanza vengono affrontati con terapie mediche e fisiche i cui risultati non



sono soddisfacenti. A lungo andare la situazione clinica induce ad un intervento di revisione, che talvolta permette di individuare la causa del dolore, in altri casi però non la chiarisce con il risultato talvolta di una persistenza del dolore anche dopo la seconda operazione.

La chirurgia esplorativa con lo scopo di giungere alla diagnosi è di rado utile, spesso produce frustrazione nel chirurgo ed insoddisfazione nel paziente.

Infine va prestata attenzione ad una possibile patologia psicogena non evidenziata all'inizio. L'effetto è un circolo vizioso per cui un ulteriore intervento chirurgico di revisione mina i benefici della protesi primaria e peggiora la condizione psicogena.

BIBLIOGRAFIA

- Impagliazzo A., Formica A., Mattei A., Pelle S. Inquadramento della protesi dolorosa. GIOT 2012; 38(suppl. 2): 109-114
- Dambreville A. Douleurs et orthopédie. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT 2000, Conférences d'enseignement 1-12
- Evans CA, Cuckler JM. Evaluation of the painful total hip arthroplasty. Orthop Clin North Am 1992; 23:303-11



DAL TAGLIO DELLA PIETRA AL ROBOT CHIRURGO: COME E' EVOLUTA L'UROLOGIA, QUALI LE ASPETTATIVE, QUALI LE PROBLEMATICHE

*Dott. Luigi Mearini - Clinica Urologica e Andrologica
Direttore Prof Massimo Porena*

L'urologia è una branca che viene da lontano nascendo con la calcolosi, il cosiddetto male della pietra, una delle patologie più frequenti fin dai tempi antichi.

L'altrettanto antica parola **litotomia** prende origine dal greco classico (dove lithos sta per pietra e tomia significa taglio), e traduce in un unico termine il cosiddetto "taglio della pietra". Indica un intervento di allora primitiva, consistente in un vero e proprio taglio eseguito con strumenti rudimentali attraverso il quale era possibile asportare un . Un primo riferimento a questa tecnica si ritrova già in (460-370 a.C.), che tra l'altro nel suo giuramento ('Giuro per medico e e e e per tutti gli dei e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: Non opererò coloro che soffrono del , ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività') ne vietava la pratica. In realtà, vero e proprio scopo del precetto di Ippocrate giuramento era evitare che il , figura allora quasi sacra, diventasse , due professioni ben distinte nell'antichità. L'intervento veniva praticato senza, allora sconosciuta, e comportava come pericolo immediato la morte per dolore o per incontrollabile.

L'unica arma che esisteva per far fronte ai dolori provocati dagli interventi chirurgici era la ; ma se anche il paziente sopravviveva, andava spesso incontro a gravi o complicanze molto serie: urinarie ed intestinali, restringimenti () dell', . La drammaticità, i rischi del taglio della pietra giustificarono l'atteggiamento negativo che condizionerà per più di un millennio l'approccio alla calcolosi vescicale, malattia peraltro piuttosto frequente.

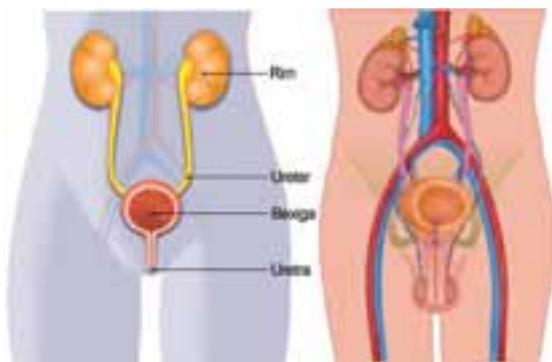
L'Umbria fu terra di medici illustri, e l'estrazione di fu forse il tipo di intervento operatorio più famoso della scuola chirurgica di Preci durante il Medioevo. **Il mal della pietra** era all'epoca un tipo di patologia presente fin dall'infanzia, a causa della diffusa dieta a base di vegetali e cereali ricca di ossalato di calcio. Il metodo operatorio era di tipo relativamente semplice e per questo detto del "piccolo apparato", in quanto richiedeva una semplice strumentazione. Il chirurgo tagliava il e il dove praticava un'incisione, raggiungendo poi il calcolo per l'estrazione. Infine eseguivano la per l' con ferri arroventati.

Bisognerà arrivare al XVI secolo per vedere l'introduzione di nuove tecniche alternative, in cui la via seguita per la estrazione del calcolo

fosse quella attraverso l'. Ciò non cambiò, tuttavia la natura del problema legato fundamentalmente al dolore, emorragia ed infezioni, che furono di grande stimolo alle grandi scoperte del XIX secolo. La litotomia infatti rappresenta il paradigma della chirurgia del passato, violenta, crudele, drammatica, tecnicamente anche valida e spesso sofisticata ma statisticamente più pericolosa che utile. Nel XIX secolo, le straordinarie scoperte dell', della e della sconfiggeranno rispettivamente il dolore e l', aprendo l'era della .

Chirurgia moderna che è stata comunque, per anni, **chirurgia urologica a cielo aperto**. Caratterizzata da progressi tecnici e tecnologici sempre più raffinati, sviluppatasi a metà del secolo scorso sotto l'egida della dizione del famoso chirurgo Paride Stefanini: "**grande chirurgo, grande taglio**". Il 20° secolo è invece stato caratterizzato, soprattutto negli ultimi due decenni, dall'introduzione e progressiva diffusione della chirurgia minimamente invasiva, in particolare della chirurgia endoscopica e della chirurgia laparoscopica, proprio grazie al progressivo affinamento delle tecnologie legate soprattutto alla visione endoscopica e al perfezionamento dello strumentario chirurgico. Si è passati quindi progressivamente verso la salvaguardia della integrità fisica, procedendo verso la nuova dizione di "**grande chirurgo, piccolo taglio**".

L'urologia è terreno fertile per questo sviluppo tecnologico, grazie anche alla relativamente facile accessibilità del basso tratto urinario attraverso un 'ingresso' o canale pre-esistente: l'uretra. Si affinano e perfezionano



gli interventi chirurgici endoscopici, grazie a numerose scoperte: nel 1879 Thomas Edison inventa la lampada ad incandescenza sotto vuoto, che nel 1886 Nitze miniaturizzò adattandola ad un cistoscopio; la scoperta della corrente ad alta frequenza consente nel 1926 a Collings di eseguire la prima resezione endoscopica.

Infine nasce, verso gli anni 70, la **laparoscopia**, che consiste essenzialmente nell'eseguire un intervento chirurgico senza praticare una laparo-tomia (taglio) ma utilizzando invece una telecamera collegata ad un monitor e sottili strumenti chirurgici (pinze, forbici, , , , ecc.) che vengono introdotti attraverso piccoli fori effettuati nella . Per fare ciò è necessario, per prima cosa, creare una cavità con un (CO₂) in modo da creare uno spazio sufficiente per poter manovrare gli strumenti. La celioscopia o peritoneo- scopia inizia comunque nei primi del '900. Ma è solo dal 1990 che la laparoscopia è entrata a far parte quotidiana delle metodiche interventistiche urologiche. Oggi molti interventi urologici possono essere eseguiti per via laparoscopica trans o retro-peritoneale. La mini-invasività (minore danno tissutale), la riduzione dei tempi di ospedalizzazione, la più veloce ripresa dell'attività lavorativa e

il miglioramento della strumentazione rendono questa procedura sempre più attuale e futuribile.

La “rivoluzione del computer” che stiamo vivendo in tutti gli aspetti della vita quotidiana e professionale, medicina e chirurgia comprese, e che sta caratterizzando l’inizio di questo millennio, ha ulteriormente modificato la moderna chirurgia con la diffusione della “**robotica**”, proprio con l’obiettivo di raffinare ulteriormente gli interventi chirurgici, ottimizzandone i risultati e riducendone l’invasività. L’evoluzione della moderna chirurgia robotica è legata strettamente agli studi dell’ente aerospaziale americano (NASA) in associazione al Ministero della Difesa degli Stati Uniti, come spesso avviene per molti progressi tecnologici. Pensato principalmente per scopi militari, il progetto iniziale era quello di consentire ad un chirurgo, lontano dal campo di azione, di operare per via teletrasmessa in una sala operatoria prossima al campo di battaglia, trasmettendo i suoi movimenti ad un sistema di bracci meccanici che venivano replicati fedelmente. Presto questi brevetti sperimentali vennero acquisiti da parte di due separate società private che li svilupparono autonomamente per la applicazione clinica. Nel 2003 La Computer Motion venne acquisita dalla Intuitive Surgery ed attualmente il sistema robotico disponibile sul mercato e di maggior impiego è il sistema Da Vinci®, perfezionato e di sempre maggior impiego e diffusione in ambiente urologico.

La prima applicazione chirurgica di una tecnologia robotica risale al 1985 in campo neurochirurgico con la realizzazione di un dispositivo

TAC guidato per l’esecuzione con precisione estrema di biopsie cerebrali, mentre il primo robot in campo urologico è stato sperimentato nel 1988. Il sistema, chiamato PROBOT, era stato progettato per ottimizzare l’intervento di resezione endoscopica di prostata (TURP) per il trattamento della Ipertrofia Prostatica Benigna. Dal 2000, la FDA americana autorizza l’uso del Robot Da Vinci per la chirurgia. L’ultimo nato, oltre ad avere 4 braccia operative, ha un ingombro più contenuto, una possibilità di movimento migliore e, grazie ai sistemi ottici in alta definizione (HD) una migliorata visione dei dettagli anatomici durante l’intervento. Inoltre ha un sofisticato sistema di filtrazione del tremore umano ed una scala di precisione dei movimenti in modo da poter eseguire durante l’intervento chirurgico dei movimenti di estrema precisione e delicatezza.

In campo urologico, il primo intervento di prostatectomia radicale robotica risale al 2000, eseguita da Binder e Kramer. Dopo questa iniziale ed incoraggiante esperienza, numerosi centri urologici si sono dedicati alla codifica puntuale ed al perfezionamento della prostatectomia radicale robotica, sicuramente uno degli interventi dove la tecnologia robotica esalta le possibilità di eseguire un intervento “anatomico”, con ottimale preservazione dei fasci vascolo-nervosi deputati al mantenimento della funzione sessuale e alla possibilità di una ottimale ricostruzione della continuità della via urinaria al termine della dissezione della prostata. Grazie ai validi risultati oncologici e funzionali della prostatectomia robotica, si è assistito

ad una progressiva diffusione di questa metodica tanto che attualmente negli USA circa l'80% degli interventi di prostatectomia radicale viene eseguita con tecnica robotica.

Accanto alla prostatectomia radicale, si stanno diffondendo altri interventi urologici che grazie alla tecnologia robotica consentono risultati ottimali, quali la plastica del giunto pieloureterale, la tumorectomia renale robotica, la cistectomia robotica.

Particolarmente significativi sono i vantaggi che abbiamo personalmente verificato nella asportazione delle piccole lesioni renali (fino a 4- 5 cm) risparmiando il resto dell'organo: la cosiddetta nefrectomia parziale, che con l'ausilio del robot è possibile eseguire in maniera precisa ottimizzando radicalità chirurgica e preservazione della funzione renale.

Questo lo stato attuale e sicuramente futuro, specie in ambito urologico.

Ma..... Una piccola riflessione..... Se da un lato l'evoluzione tecnologica e farmacologica hanno apportato vantaggi considerevoli, con l'aspettativa attuale e futuribile di ridurre sempre piu' il ricorso a procedure chirurgiche 'devastanti', le nuove tecnologie non sono scevre da problematiche e rischi.

E' quello che e' in parte successo con la tecnologia del computer, internet ed

informatica in generale nel percorso educativo delle giovani generazioni: il computer, in effetti, ha accelerato tutti i processi di conoscenza (fonti di sapere free, sempre disponibili, di facile accesso, di semplice integrazione ed elaborazione), e molte delle 'arti' e cognizioni che ad oggi sono considerate obsolete si sono ahimè perse. Cio' si traduce in una 'paradossale' difficoltà quando le tecnologie vengono meno, quando un computer non è disponibile o non funziona: basta chiedere ad un ragazzo di oggi di condurre una ricerca su vecchie fonti, di svolgere talora anche calcoli matematici elementari, e così via.

Stessa cosa sta avvenendo con le nuovissime tecnologie. Le nuove generazioni di chirurghi sempre piu' spesso vengono formate direttamente sulla 'consolle' del robot, senza il lungo, periglioso percorso del 'grande taglio, grande chirurgo', che consentiva però di conoscere a fondo l'anatomia, di apprendere le tecniche per 'riparare' eventuali danni, o di continuare l'intervento se il 'computer' non funziona.

Se quindi futuro sarà robot, medicina genetica o quanto altro le magnifiche sorti e progressive saranno in grado di apportare, una piccola riflessione sul vecchio Ippocrate è necessaria.





RECUPERO DI SPERMATOZOI DAL TESTICOLO: CORRELAZIONE TRA ESAME ISTOLOGICO E TECNICHE

Dott. Fabrizio Tiziani

**Fabrizio Tiziani, Monica Mariani,
Cristina Corbucci, Gian Francesco
Brusco**

**Servizio di Diagnosi e Cura della
Riproduzione Umana**

Azienda Ospedaliera di Perugia

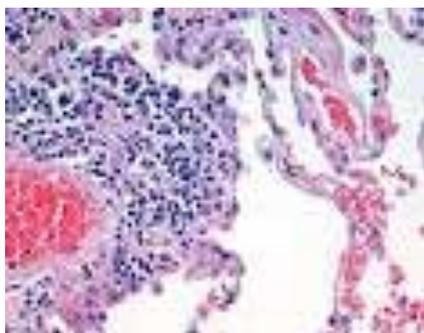
**CRS - Centro per la ricerca sulla
sterilità e il sostegno alla PMA -
Fondazione Onlus**

Il recupero chirurgico di gameti dal testicolo finalizzato all'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI o intra-cytoplasmic sperm injection) rappresenta l'unica possibilità di paternità biologica in caso di azoospermia secretoria. Il buon esito del recupero correla con la diagnosi dell'esame istologico con una sensibilità del 96% ed una specificità del 100% (Zheng e Huan, 2000); la possibilità di recuperare spermatozoi dal testicolo varia in base al tipo di diagnosi: 89.2% nella ipospermatogenesi, 62.5% nell'arresto maturativo, 16.3% nelle SCOS (sindrome delle sole cellule del Sertoli) (Seo & Ko, 2001).

L'FSH ed il volume testicolare hanno un certo valore predittivo sul recupero degli spermatozoi di circa l'80% (Al-Qarawi, El-Belely, 2004); l'inibina B come marker è simile all'FSH (Bailly et

al, 2003).

La presenza delle microdelezioni contemporanee dell'AZFa e dell'AZFb (AZF o azoospermia factor) del cromosoma Y rappresentano un indice prognostico molto sfavorevole mentre meno influente sembra la microdelezione della regione AZFc (Foresta et al, 2000; Hopps et al, 2003). La delezione completa dell'AZF si associa sempre ad assenza di spermatozoi.



Frammento polpa testicolare (istologia)

L'estrazione di spermatozoi testicolari (TESE o testicular sperm extraction), descritta per la prima volta da Silber nel 1988, consiste nella rimozione di una piccola porzione di tessuto (due o tre prelievi random di polpa testicolare in entrambe i testicoli), in parte inviata al laboratorio PMA per il recupero ed eventuale crioconservazione degli spermatozoi, in parte inviata al laboratorio di anatomia patologica

per l'esame istologico. In letteratura la media dei recuperi positivi è del 52,7%. Dati di letteratura suggeriscono che la TESE microchirurgica (mTESE o microscopic testicular sperm extraction) sembra aumentare i recuperi positivi fino al 65% (Schlegel & Li, 1999). L'esecuzione della mTESE è particolarmente indicata in situazioni molto compromesse come ad esempio la presenza di testicoli nettamente ipotrofici; essa permette di individuare, mediante l'ausilio del microscopio operatore, zone più scure o "isole di spermatogenesi", dove è maggiore la probabilità del recupero di spermatozoi.



Testicular sperm extraction (TESE)

Rispetto alla TESE tradizionale risulta essere più conservativa proprio perché la rimozione di tessuto testicolare è minore e la vascolarizzazione del didimo viene conservata (Komori et al, 2001); inoltre è pressoché assente l'insorgenza di ematomi scrotali con drenaggio chirurgico.

In collaborazione con la Chirurgia

Generale della Azienda Ospedaliera di Perugia, il nostro Servizio esegue solo la TESE "diagnostica", effettuata in entrambi i didimi ed in anestesia generale, poiché si ritiene che, rispetto alle altre tecniche di agoaspirazione come la PESA (percutaneous epididymal sperm aspiration), la MESA (microsurgical epididymal sperm aspiration) o la TeFNA (testicolare fine-needle aspiration), si abbia un maggiore recupero in termini di concentrazione di spermatozoi ai fini di una crioconservazione; si considera inoltre la possibile presenza di un carcinoma in situ e/o neoplasia germinale nei pazienti infertili, soprattutto azoospermici (Schulze et al, 1999), permettendoci così di diagnosticare una eventuale neoplasia. Nel nostro laboratorio il recupero di spermatozoi dopo TESE è in media del 50% nei pazienti con azoospermia secretiva e del 100% nelle azoospermie ostruttive (in accordo con quanto descritto in letteratura). La percentuale di gravidanza è del 30% (TESE scongelata).



Microscopic testicular sperm extraction (mTESE)

BIBLIOGRAFIA:

Colpi G.M. et al

Minerva Urologica e Nefrologica 2005 Giugno; 57 (2): 99 - 107

Schlegel PN

Testicular sperm extraction:microdissection improbe sperm yield with minimal tissue excision.

Hum Reprod.1999 Jan;14(1):131-5



MANCATO TRASFERIMENTO IN SANITA' PUBBLICA DEI RISULTATI DEGLI STUDI SENTIERI E CONSEGUENTE RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DEL PIANO DELLA PREVENZIONE (2014-2018)

La lettura congiunta dei risultati degli studi SENTIERI, un cui ulteriore sviluppo è stato recentemente pubblicato sulla rivista *Epidemiologia e Prevenzione* (Marzo - Aprile 2014) e del Piano della Prevenzione 2014-2018 evidenziano, a giudizio delle società scientifiche e degli altri firmatari della presente, il *mancato trasferimento in Sanità Pubblica* delle importanti indicazioni provenienti da tali studi.

Lo sconcerto che questo mancato trasferimento crea in quanti come noi sono impegnati nel promuovere il principio di precauzione e la prevenzione primaria, deriva dal fatto che, nei Siti di Interesse Nazionale, *almeno 6 milioni di persone sono esposte da 40-50 anni agli effetti patogeni di sostanze nocive per la salute immesse nell'ambiente da produttori di rischio non adeguatamente controllati dalle competenti istituzioni*: gli studi SENTIERI evidenziano *come questa esposizione, conformemente alle attese, abbia effettivamente dato luogo a gravi e diffusi danni alla salute degli esposti*: molte persone si sono ammalate e sono morte e molte altre si ammaleranno e moriranno!

Tutto questo fa sorgere la seguente domanda: *ci sono*, anche alla luce dello sviluppo delle conoscenze sulle relazioni tra ambiente e salute (vedi

l'enorme letteratura disponibile su epigenetica e interferenti endocrini), *validi motivi scientifici per attendersi che persone esposte a tossici noti non si ammalino o non muoiano e quindi per non attivare appropriati interventi di sanità pubblica?*

Purtroppo la lettura del *Piano della prevenzione 2014-2018 nella versione attuale* per quanto riguarda la prevenzione primaria ed i rapporti tra ambiente e salute è *veramente desolante*: non vi è alcun accenno alla necessità di avviare opportune e incisive attività di prevenzione primaria nei territori in cui insistono i SIN, mentre i riferimenti scientifici su cui viene impostata la prevenzione primaria e quella oncologica appaiono obsoleti.

Di più: a nostro avviso, l'approvazione del Piano della Prevenzione nella sua attuale versione, comporterebbe l'affermarsi nella pratica di *un modello di "sanità pubblica" in cui si osservano gli effetti sulla salute di popolazioni lasciate vivere per decenni in condizioni di inquinamento ambientale noto per la sua dannosità*, limitandosi a verificare se al loro interno si determini un eccesso di malattie e morti, *senza poi intervenire*, lasciando che gli esposti continuino a subire gli effetti di un inquinamento ambientale



noto, prevenibile e non prevenuto e la persistenza di un intollerabile danno sanitario, ponendo così in essere una anti-etica discriminazione sociale nei confronti di chi vive in aree a rischio minore o non a rischio.

Per tali motivi riteniamo improponibile per le popolazioni esposte, non etico per gli operatori della sanità pubblica e del tutto inappropriato per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, un Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 che non affronti il problema di trasferire in sanità pubblica le indicazioni provenienti dagli studi SENTIERI, attraverso un percorso programmatico concertato, partecipato e orientato dalle conoscenze disponibili in letteratura, dando luogo, seppur con enorme ritardo, all'avvio di un processo di mappatura in ciascun SIN dei rischi realmente presenti e delle iniziative di prevenzione primaria adottate o ancora da adottare.

A tal fine è indispensabile potenziare e orientare l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle Unità Sanitarie Locali, cui spetta il compito istituzionale di "garantire la tutela della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità della vita" (DLgs 502/92 e succ. mod, art 7-bis, comma 1) e di "promuovere azioni volte ad individuare e rimuovere

le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale" (ibidem, art. 7- bis, comma 2).

È, inoltre, necessario attuare interventi per favorire le indispensabili interazioni con il sistema delle Agenzie Regionali per l'Ambiente, altro terreno su cui si registrano diffuse inadempienze.

Nel segnalare il grave vulnus che, in assenza di tale iniziativa, verrebbe inflitto al diritto alla salute degli almeno sei milioni di esposti che vivono nei SIN (un decimo della popolazione italiana), ***i firmatari della presente chiedono l'apertura di un tavolo di lavoro che preveda la partecipazione di loro rappresentanti, per integrare gli indirizzi operativi previsti nell'attuale versione del Piano della Prevenzione 2014-2018, mettendo a disposizione, ove necessario, le competenze scientifiche presenti.***

Ringraziando per l'attenzione, restiamo in attesa di vostre determinazioni in relazione alla richiesta da noi avanzata a difesa del diritto alla salute degli esposti nei SIN.

I firmatari

Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia
Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
Gruppo di lavoro FNOMCeO su "Professione, Salute e Ambiente, Sviluppo Economico"
Slow Medicine
Società Italiana di Medicina Generale - SIMG

Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia

Via della Fioraia, 17/19 - 52100 Arezzo
Tel: 0575-22256 - Fax: 0575-28676
e-mail: isde@ats.it - www.isde.it



L'OPINIONE DEL S.U.M.A.I. SUL PIANO STRAORDINARIO LISTE DI ATTESA

*Dr.A.Ciacca, Dr.M.Sorbo
Segreteria provinciale SUMAI*

L'obiettivo che la Regione Umbria si pone di abbattere le liste di attesa nella sanità è lodevole perchè va nella direzione di una sanità giusta dove il cittadino è libero di scegliere il professionista e di effettuare la prestazione specialistica in convenzione secondo criteri di appropriatezza condivisi, eliminando i tempi di attesa che per alcune specialità sono particolarmente lunghi. Come Specialisti Ambulatoriali abbiamo dato la nostra disponibilità a questo piano "straordinario" e concordiamo con gli indirizzi attuativi anche se questi meritano alcune precisazioni.

Va bene che la diagnostica pesante (R.M., T.C.) sia svolta a ritmo pieno, con prolungamento di orario e nei giorni festivi, ma con adeguata turnazione degli operatori e sempre nel rispetto delle priorità. E così pure per quelle visite che richiedono strumentazioni che sono operate di attività durante la settimana. Non siamo d'accordo sulle prestazioni di semplice visita specialistica da fare nei festivi in quanto prima devono essere ottimizzati gli orari degli ambulatori sul territorio nell'arco della settimana utilizzando tutte le risorse umane possibili. Quali sono gli Specialisti che possono impegnarsi in questo "piano

straordinario" lo diciamo subito: i giovani soprattutto; quelli che hanno poche ore di attività in convenzione e gli aspiranti in graduatoria all'attività convenzionata e che abbiano già mesi di esperienza lavorativa alle spalle per sostituzione dei titolari. Questa potrebbe essere una prima risposta alla richiesta di lavoro per i giovani di cui tanto si parla ma poco si fa. Il contratto della specialistica convenzionata è in realtà un contratto flessibile ed economico che consente



di coprire la straordinarietà per periodi a termine e per le ore necessarie. L'abbattimento delle liste di attesa è un piano straordinario con un inizio ed una fine; quello che auspichiamo come SUMAI è che nel caso persistano le necessità di servizio, i contratti a termine e le ore attivate in "plus orario", possano essere stabilizzati con il passaggio a tempo indeterminato tramite la relativa pubblicazione come da A.C.N. della specialistica ambulatoriale (art. 23).

le liste di attesa si riducono anche con la qualità dei servizi erogati, e cioè con la presenza infermieristica, la sufficiente dotazione strumentale e con la tranquillità lavorativa dei professionisti, evitando così che una risposta sanitaria di scarsa qualità generi ulteriori visite con allungamento delle liste medesime.

Il contenimento delle liste di attesa

non si raggiunge solo con l'aumento dell'offerta di prestazioni ma anche con l'impegno di tutti gli operatori della sanità chiamati ad una corresponsabilizzazione e a costruire determinati percorsi diagnostico-terapeutici. Incontri tra Medici di Medicina Generale e Specialisti dovrebbero essere istituzionalizzati per poter individuare insieme le possibili modalità di riorganizzazione della medicina del territorio come prevede la legge Balduzzi (AFT. UCCP). L'impegno educativo andrebbe esteso stabilmente anche nei confronti dei cittadini con una campagna informativa, tramite incontri con le varie forme di associazionismo, sull'utilità e sulle specificità delle prestazioni diagnostiche evitando così una domanda ridondante ed inappropriata nei confronti della quale il Medico prescrittore non sempre riesce a fare da filtro.





47° CONGRESSO NAZIONALE SUMAI

Dr.M.Sorbo , Segreteria Regionale SUMAI

Si è svolto a Perugia, dal 6 al 10 Ottobre 2014, il **47° Congresso Nazionale S.U.M.A.I.** Assoprof (Sindacato Unico Medici Ambulatoriali e altre Professionalità dell'Area Sanitaria). Al termine dei cinque giorni di lavori, l'Assemblea ha approvato la relazione del Segretario Nazionale e ha redatto la Mozione finale dando mandato alla Segreteria Nazionale del SUMAI di :

1°)Promuovere al prossimo rinnovo contrattuale:

-la definizione del ruolo e della funzione della Specialistica ambulatoriale interna per la valorizzazione e riconoscimento delle professionalità esistenti e delle competenze acquisite;

-il superamento dell'attuale regime di incompatibilità ai sensi dell'art.7 della 412/1991 in ragione dell'orario complessivo di lavoro anche prevedendo la partecipazione della specialistica ambulatoriale interna alle nuove forme organizzative delle cure primarie;

-il mantenimento del monte ore e la copertura dei turni da assegnare direttamente a tempo indeterminato ai sensi della L.189/2012 che modifica l'art. 8 comma 1 D.L.502/92 e l'art.1 commi 3,4 e 6 della stessa 502/92 per quanto concerne l'attribuzione di incarichi direttivi(UOS - UOC) ;

-Congiuntamente agli altri sindacati lo sblocco degli aumenti contrattuali

previsti anche per il 2015

-l'adeguamento dei contenuti dell'art. 37 dell'ACN riguardanti la legge 104 e la protezione della gravidanza a rischio anche per gli incarichi a tempo determinato;

-l'approvazione sollecita dei diversi disegni di legge sulla responsabilità professionale.

2°)Impegnarsi per la valorizzazione delle specificità proprie delle differenti Aree della Medicina Veterinaria in considerazione delle diversità delle attività professionali che le contraddistinguono;

3°)Potenziare l'assistenza psicologica in particolare per la crescente richiesta di intervento psicoterapeutico a favore di minori, di adolescenti, di famiglie con conflittualità separative in presenza di figli minori, della popolazione detenuta, e prevedere anche la modifica dell'art. 45 dell'ACN chiarendo che l'attività psicoterapeutica è direttamente connessa alle necessità cliniche individuate dal professionista o dallo specialista che la richiede.



4°)Impegnarsi per il superamento dei rapporti di lavoro anomali,in quanto svincolati dal quadro normativo nazionale,nell'ambito della riforma del lavoro in corso di esame da parte del Governo e del Parlamento.

5°)Prevedere per la Dirigenza Medica e Veterinaria l'urgenza dell'apertura delle trattative per il nuovo contratto, il superamento e l'eliminazione del precariato e lo sblocco del turn-over nonché la modifica delle modalità formative con maggior attenzione alla posizione pensionistica per i colleghi transitati alla dipendenza e che hanno optato per l'ENPAM.

6°)Supportare a tutti i livelli di contrattazione istituzionale le istanze del settore della Medicina Generale, essendo il relativo ACN, punto di partenza per il rinnovo convenzionale di tutto il comparto.

7°)Valorizzare ,all'interno delle AFT e delle UCCP, l'attività dei Biologi nelle

attività previste dalla legge 396/64 al fine di una sana educazione alimentare.

8°)Valorizzare i giovani specialisti ambulatoriali proponendo loro un ruolo propulsivo nei mutamenti in corso nel mondo della sanità attraverso il diretto coinvolgimento nell'attività sindacale.

9°)Supportare i componenti degli organi statutari dell'ENPAM impegnati nell'approvazione conclusiva del primo regolamento organico della tutela della genitorialità ed i rappresentanti dei medici veterinari ,biologi,chimici e psicologi nell'ottenere l'estensione di tali tutele alle casse previdenziali di appartenenza.

10°)Vigilare sulle iniziative messe in atto dall'INAIL per la riduzione del monte ore storico degli specialisti a seguito della "spending review" promuovendo la verifica dei dati,per evitare provvedimenti penalizzanti per i colleghi.





ABUSIVISMO ODONTOIATRICO: L'ENNESIMO APPELLO ALLA POLITICA

Gianfranco Prada - Presidente Nazionale ANDI

Continua la battaglia di ANDI e del suo Presidente Nazionale Gianfranco Prada per convincere i Deputati a discutere ed approvare il Ddl Marinello

che inasprisce le pene per abusivi e prestanome inspiegabilmente fermo da 5 mesi alla Camera e non ancora portato in discussione in Commissione Giustizia. L'occasione per cercare di sensibilizzare sul tema la trasmissione, avvenuta lunedì sera durante la prima puntata del Tg satirico di Canale 5, del video dell'aggressione da parte di un finto dentista ai danni dell'inviato di Striscia la Notizia, Luca Abete e della sua troupe. Guarda il servizio di Striscia la Notizia. Questo il testo del comunicato che il Presidente Prada ha inviato ai media generalisti e di settore.

*Oltre alla drammaticità del fatto, il servizio mandato in onda ieri da Striscia la Notizia in cui l'inviato Luca Abete ed i suoi cameramen vengono malmenati dal finto dentista riporta in primo piano il **grave problema sociale dell'esercizio abusivo della professione di odontoiatria**. Oltre alla violenza fisica sono le immagini dello studio, l'assoluta mancanza di ogni più elementare norma igienica a colpire. Come può un cittadino permettere ad un simile soggetto di curarlo? Come è possibile che, nonostante Striscia la Notizia avesse già denunciato l'azione illegale del finto dentista un anno fa questo continuasse ad operare indisturbato, senza che alcuna istituzione preposta*

*ai controlli fosse intervenuta? Colgo l'occasione per ritornare a denunciare l'assordante silenzio su questa grave forma di illegalità da parte della Politica. **Servono norme più severe e queste non arrivano**. In aprile è stata approvata dal Senato una norma che inasprisce all'art. 348 del CP, quello che punisce l'esercizio abusivo di una professione. Per vederlo operativo si attende ora l'approvazione della Camera, che in 5 mesi non ha ancora neppure calendarizzato il DdL fermo alla Commissione Giustizia, nonostante abbia personalmente sollecitato ogni singolo Componente di tale Commissione. Quante trasmissioni che ritraggono finti dentisti danneggiare e truffare i cittadini dovremo ancora vedere prima che la Politica decida di approvare una norma che sanzioni con pene severe (oggi la sanzione è una multa di 500 euro) i finti dentisti? Quante persone dovranno ancora subire i danni fisici irreversibili che giornalmente chi si spaccia per dentista senza averne i titoli infligge? **ANDI da sempre fa la sua parte con campagne di sensibilizzazione per mettere in guardia i cittadini**. Quando la Politica ed il Ministero della Salute faranno la loro?*





UFFICIO CENTRALE ODONTOIATRI

FNOMCeO

CAO E ANDI CONTRO L'ABUSIVISMO

La **Commissione Albo Odontoiatri Nazionale**, presieduta dal dott Giuseppe **Renzo**, e le associazioni di categoria, in particolare **L'Associazione Nazionale Dentisti Italiani**, presieduta dal dr. Gianfranco Prada si stanno impegnando da tempo, a tutti i livelli, ad iniziare dalle aule del Parlamento, in una campagna di denuncia e sensibilizzazione riguardo al fenomeno dell'abusivismo in campo odontoiatrico, azioni che si sono tradotte nella relazione di una nuova e più aspra legge contro il fenomeno, già approvata al Senato con voto unanime delle forze politiche (provvedimento A. 2281).

Del resto, gli stessi network e media nazionali, ad iniziare da **Striscia la Notizia**, segnalano in maniera sempre più frequente, approfondita e preoccupata la gravità di tali situazioni.

La **CAO di Perugia** ha instaurato da tempo un più che proficuo rapporto con i **NAS dell'Umbria**, guidati dal capitano **Marco Vetrulli** e molto attivi sul territorio, che ha portato all'individuazione, chiusura e denuncia di varie attività illecite, nonché ad un significativo numero di controlli.

In attesa della nuova legge esistono comunque mezzi efficacemente dissuasivi. In una recente sentenza della Corte di Appello l'abusivo riconosciuto colpevole è stato condannato, oltre alle pene previste per legge, ad un **risarcimento all'Ordine dei Medici di Perugia di 10.000 Euro**, costituitosi parte civile, mentre un'altra sentenza

di colpevolezza della Cassazione ha permesso all'Ordine dei Medici di comminare al prestanome, colui che seppur medico, odiosamente permette e copre l'attività illecita, la pesante sanzione della **sospensione dall'esercizio professionale per un anno**.

TRASPARENZA E COLLABORAZIONE
Non può sfuggire certo che comunque la lotta all'abusivismo è ardua e difficile; i pazienti non di rado conniventi a volte banalmente ignoranti dei pericoli o di chi gestisce la loro salute, denunciano l'attività illecita solo nel caso ne ricevano un danno evidente (troppo spesso i danni nascosti rimangono ignorati); conseguentemente le indagini spesso risultano lunghe e faticose, poiché la furbizia e a cautela dei rei rende la flagranza del reato decisamente rara. Per combattere il fenomeno **dunque diviene irrinunciabile la collaborazione di tutti gli attori in gioco (in primis gli odontoiatri)**

E' stato da poco rinnovato il sito www.anagraficadentistipg.it in cui tutti i dentisti operanti nella provincia sono invitati ad iscriversi, la cui sostanziale differenza con il sito della FNOMCeO è la miglior **fruibilità** per la cittadinanza e la presenza delle **foto degli odontoiatri iscritti**, rendendone facile l'individuazione. Ad essa preso si affiancherà una versione cartacea, distribuita capillarmente e con

modalità da definire sul territorio. Inoltre proprio per aumentare tale visibilità e riconoscibilità si sta mettendo a punto un **certificato plastificato a timbro dell'Ordine**, da appendere negli studi, che attesti formalmente laurea, abilitazione ed iscrizione all'Albo **ed in cui primeggerà la foto dell'iscritto**

INFORMAZIONE

ANDI Perugia, sulla scia di ANDI Umbria, sta invece agendo sul versante informativo, cercando di sensibilizzare la popolazione mettendola a conoscenza dei rischi connessi con l'esercizio abusivo. In uno dei principali quotidiani locali, per un anno, il primo ed il terzo lunedì del mese **verrà pubblicato a tutta pagina il manifesto** che segue. Lo stesso verrà distribuito a tutti gli Associati ANDI, affinché possano affiggerlo nei propri studi. L'attività divulgativa sarà completata e rafforzata da interviste e comunicati stampa congiunti CAO e ANDI.

Molto importante, infine, la collaborazione da parte dei Medici di Medicina Generale, primo e fondamentale presidio per la tutela della salute pubblica, i quali ben conoscono i rischi di trasmissione di patologie infettive anche gravi, nonché dei danni a volte irreparabili al cavo orale, che le pratiche abusive possono provocare.

A seguire, infine, dopo alcune considerazioni dei dottori Renzo e Prada, un bell'articolo di un giovane collega Odontoiatra, il dott. Omar Aberrà, da poco Consigliere ANDI Pg, che testimonia di quanto il problema sia particolarmente sentito soprattutto da parte dei giovani professionisti.



UFFICIO CENTRALE ODONTOIATRI
FNOmCeO

Dott. Giuseppe RENZO

ABUSIVISMO

Cari Colleghi,

ritengo opportuno trasmettervi l'allegata nota di solidarietà da me inviata alla Redazione di Striscia la notizia in merito alla incredibile aggressione fisica, riportata già dalla stampa nazionale, subito dall'inviato del programma televisivo Luca Abete, da parte di un esercente abusivo della nostra professione.

E' doveroso segnalare che l'attività dei responsabili di Striscia la Notizia nel settore della lotta all'abusivismo e del prestanomismo, ha permesso di portare con correttezza, nelle case degli italiani, il messaggio sui problemi che nascono dall'esercizio abusivo per la tutela della salute.

Mi piace segnalare che di recente, abbiamo avuto modo di pubblicare ampi stralci dell'attività sia della CAO Nazionale sia delle CAO Provinciali sul fronte della lotta all'abusivismo che deve continuare senza soste (troverete gli atti pervenuti ai convegni organizzati dalle Commissioni di Arezzo, Roma e Massa Carrara sul portale della Federazione).

Sono certo che grazie al contributo di tutti e con l'aiuto anche dei mezzi di comunicazione di massa, il Parlamento Italiano provvederà finalmente a varare la riforma dell'art. 348 del c.p. che, come ormai da tutti riconosciuto, non costituisce alcun deterrente all'esercizio abusivo e al prestanomismo.

Lettera inviata dal dott. Renzo alla redazione di Striscia la Notizia.

Nell'apprendere dalla stampa l'incredibile notizia dell'aggressione fisica subita dal vostro inviato, Luca Abete, da parte di un dentista abusivo ripreso mentre "curava" dei pazienti, ritengo doveroso esprimere la solidarietà della Commissione Albo Odontoiatri della Federazione e quella mia personale al vostro collaboratore e a tutta la redazione di Striscia la notizia che da sempre si preoccupa, con grande senso di responsabilità di denunciare all'opinione pubblica il grave fenomeno dell'abusivismo.

Mi auguro, ovviamente, una rapida e pronta guarigione del vostro inviato e segnalo che la vostra attività costituisce un grande aiuto per i 60.000 odontoiatri iscritti ai nostri Albi che, a causa di questi comportamenti criminosi, vedono ingiustamente macchiata la reputazione di una professione che vuole costruire un esempio di correttezza nell'esercizio professionale e di attenzione alla tutela della salute.

La Commissione Albo Odontoiatri della Federazione da tempo è impegnata in una battaglia senza frontiere per estirpare la mala pianta dell'abusivismo e del prestanomismo ed è continua la nostra opera di moral suasion nei confronti delle Istituzioni parlamentari per giungere ad una modifica in senso più repressivo e dissuasivo dell'art. 348 del C.P. che attualmente sanziona in modo fin troppo blando il reato di esercizio abusivo della professione.

Nel ringraziarvi ancora per la vostra attività di denuncia giornalistica e per la vostra attenzione a questo problema, colgo l'occasione per trasmettere i miei più cordiali saluti.



ABUSIVISMO IN ODONTOIATRIA

Dott. Omar Aberrà - Consigliere ANDI Pg

Sempre più spesso si parla di abusivismo dentale perché si tratta di un pericoloso fenomeno in espansione. La sua crescita è dettata da una parte da una visione a molti non chiara della figura del dentista, dell'abusivo e dell'abisso che li divide; dall'altra nasce dall'illusione di un risparmio che non c'è e che spesso, viceversa, si traduce in un danno biologico.

Partiamo delineando la nostra figura professionale: il medico dentista o l'odontoiatra è il professionista che ha dedicato la sua crescita ed il suo apprendimento allo studio della medicina e delle sue applicazioni nel campo orale. Aggiornamento ed approfondimento sulla materia sono costanti nel tempo, prima di tutto per un bisogno personale, legato ormai ad una forma mentis finalizzata al proprio miglioramento, poi perché sempre di più Stato ed Ordine stesso lo richiederanno, vigilando sul numero di ore dedicate dallo specialista ai corsi specifici.

Definiremo invece la figura dell'abusivo (spesso individuato con il termine di meccanico dentista), evidenziando che cosa lo differenzia dall'odontoiatra: **l'abusivo è una figura non professionale, che manca**

dei titoli di studio; naturalmente non è abilitato dallo Stato ad effettuare tale esercizio, non ha la benché minima preparazione scientifico culturale, né ha la possibilità di informarsi, migliorarsi o aggiornarsi, non avendo accesso ai corsi di formazione. L'abusivo non è un medico che cura, ma un commerciante che opera senza consapevolezza, avendo come unico scopo il profitto. Le persone vengono abbagliate dall'idea di prestazioni low cost e quindi del risparmio; ma esattamente, cosa si abbandona in cambio di ciò? Oltre a perdere la qualità di prestazioni e materiali, si va spesso incontro a danni biologici, dovuti all'assenza di competenza.

Ma ancor più grave è che sempre più spesso nell'ambiente di lavoro abusivo assistiamo alla trasmissione di patologie infettive anche molto gravi come HIV ed epatiti. A parte l'encomiabile lavoro repressivo dei NAS, l'ambiente abusivo non è neanche sottoposto (sfuggendoli) ai controlli da parte di Enti che si accertino delle condizioni igienico sanitarie e della sicurezza delle metodiche e delle strumentazioni, nella fase di disinfezione e sterilizzazione.

Quindi, oltre ad aver ricevuto cure di infima qualità, il cliente dell'abusivo,



a differenza del paziente in cura dall'odontoiatra, è a rischio elevato di infezioni, patologie gravi e danni biologici spesso non reversibili.

Nella sfera dell'abusivismo va collocato anche il fenomeno del prestanomismo, che così si può riassumere: il PRESTANOME è un medico che tradisce il Giuramento di Ippocrate ed in segreto, con la sua abilitazione, copre, dietro pagamento illegale, l'attività di una persona non abilitata, che spesso si identifica con la figura dell'odontotecnico, cioè colui che prepara dispositivi dentali per il dentista e che assolutamente non può essere operativo nel cavo orale.

L'ANDI, Associazione Nazionale Dentisti Italiani, prende molto seriamente la lotta all'abusivismo.

Questa ferrea opposizione è certamente dettata dalla necessità di contrastare un fenomeno che danneggia la nostra categoria, ma possiamo assicurare che il motore di tutto è principalmente rappresentato dalla necessità di tutelare e preservare la salute della gente: necessità e valore

intrinseco nella figura del medico e non certo di un commerciante dentale chiamato abusivo.

L'ANDI si sta muovendo a livello nazionale per stroncare il fenomeno: attraverso Parlamento e Sedi Istituzionali si è arrivati a proposte di legge aspre e severe, che si traducono in confische, sanzioni e carcerazione. Speriamo vengano presto approvate in via definitiva, dopo il Senato, anche dalla Camera.

Nonostante ciò, comunque, l'unica possibilità di estirpare questa piaga è che il fenomeno e la sua pericolosità siano ben chiare e comprese dalla gente, facendola desistere dall'avventurarsi a proprio rischio nell'abusivismo, alla ricerca di un ingannevole risparmio.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DENTISTI ITALIANI 



Faresti curare la bocca di tuo figlio da un abusivo rischiando epatite, AIDS e gravi patologie del cavo orale?

NON BASTA IL CAMICE PER FARE UN DENTISTA

NON SCOPRIRLO A DISCAPITO DELLA TUA SALUTE



CAMPAGNA PER LA DIFESA DELLA SALUTE CONTRO L'ABUSIVISMO IN ODONTOIATRIA

Accertati che il tuo Dentista sia regolarmente iscritto all'Albo degli Odontoiatri.

Un vero dentista sa come evitare rischi e pericoli per la tua salute.

Chiama il Numero Verde ANDI

 **800 911 202**



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

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

Perugia, li 5 novembre 2014

Prot. 4288
Rif. N.

Allegati
del

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

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,

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

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.

Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131 il giorno sabato 13 dicembre 2014 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

DOMENICA 14 DICEMBRE 2014 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2013, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2014, Approvazione Bilancio Preventivo 2015 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott. Graziano Conti)



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DELEGA

IL/LA DOTT./DOTT.SSA _____

A RAPPRESENTARLO/LA ALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI
ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.

DATA _____

FIRMA _____