



Bollettino

02-2014

**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 02/2014**

Scalette dell'Acquedotto - Perugia (PG)

indice

**IO SONO UN
MEDICO LENTO...**

pagina 3

**LA CARDIOPATIA
ISCHEMICA NELLE
DONNE**

pagina 15

**INFERTILITÀ
MASCHILE:
un vero problema
medico e sociale**

pagina 23

**L'importanza della
centralità della
persona nella
medicina di oggi**

pagina 20

**ANDI: pene più
severe per chi si
finge dentista**

pagina 30

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 02/2014

Sommario

IO SONO UN MEDICO LENTO	3
LEUCEMIA... LA MIA!	6
I FARMACI BIOLOGICI NELL'ARTRITE REUMATOIDE	6
LA CARDIOPATIA ISCHEMICA NELLE DONNE	15
DIARIO DI UN ANNO VISSUTO CON DIGNITA', MA ORA BASTA!	16
COSE ANTICHE E COSE NUOVE	17
L'IMPORTANZA DELLA CENTRALITA' DELLA PERSONA NELLA MEDICINA DI OGGI	20
INFERTILITA' MASCHILE UN VERO PROBLEMA MEDICO E SOCIALE	24
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE OSPEDALE DI FOLIGNO	27
ANDI: PENE PIU' SEVERE PER CHI SI FINGE DENTISTA	30

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

Norme redazionali

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

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
 - essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.
- La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Dott. Valerio Sgrella

Tesoriere

Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Stefano Lentini

Consiglieri

Prof. Fortunato Berardi

Dott.ssa Patrizia Bodo

Dott. Stefano Caraffini

Dott. Stefano Cusco

Dott. Silvio D'alessandro

Dott. Andrea Donati
(Consigliere Odontoiatra)

Prof. Cesare Fiore

Dott.ssa Alessandra Fuca

Dott. Piero Grilli

Dott. Sabatino Orsini Federici

Dott.ssa Stefania Petrelli

Dott. Tiziano Scarponi

Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Gian Luigi Rosi
(Presidente)

Dott. Giovanni Battista Genovesi

Dott. Oreste Maria Luchetti

Membro supplente

Dott. Primo Pensi

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dott. Andrea Donati

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott.ssa Claudia Giannoni

Dott. Antonio Montanari

Dott. Ezio Politi

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

Comitato di redazione

Dott. Stefano Lentini

Dott. Antonio Montanari

Dott. Marco Petrella

Dott.ssa Stefania Petrelli

Prof. Fausto Santeusano

Dott. Massimo Sorbo

Dott. Antonio Tonzani

Dott. Giuseppe Quintaliani

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it - segretario@ordinemediciperugia.it

uffici@ordinemediciperugia.it - commissioneodo@ordinemediciperugia.it

previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it



IO SONO UN MEDICO LENTO...

Dott. Tiziano Scarponi

L.C. è una signora di 90 anni che vive al sesto ed ultimo piano di un palazzo senza ascensore insieme a suo figlio non sposato di 66 anni. E' affetta da molteplici quadri patologici tra cui una demenza in fase avanzata a suo tempo inquadrata come tipo Alzheimer.

Il mese scorso, di notte, a causa di una crisi respiratoria, è stata ricoverata in ospedale dal 118 e dopo pochi giorni è stata dimessa con la prescrizione di ossigeno liquido accompagnata da queste testuali parole riferitemi dal figlio: "Siamo consapevoli della difficoltà di questa terapia, ma secondo le linee guida la concentrazione dell'ossigeno nel sangue era tale da imporci questa scelta".

"Vede dottore!" mi dice il figliolo "Adesso dovrò trovare qualcuno che si alterni con me in modo continuo, per far tenere la mascherina dell'erogatore a mia madre, che continuamente se la strappa e toglie di dosso.....E' proprio un bel guaio....se i suoi colleghi non mi avessero inchiodato con il rispetto delle linee guida, ne avrei fatto a meno.....e poi? Servirà a qualcosa?".

G.U, uomo di 87 anni è oramai in fase terminale per una carcinosi peritoneale. E' ridotto ad un'ombra di se stesso, ma uno dei figli che vive a Milano e che non si era mai

fatto vedere prima, anzi, ne ignoravo l'esistenza, ha ritenuto opportuno chiamare a mia insaputa un illustre clinico in pensione che ha consigliato di somministrare eparina a basso peso molecolare per prevenire l'embolia polmonare da immobilizzazione ed un'emocultura per capire da quale agente patogeno fossero dovute le continue crisi febbrili che il Nostro presentava. I familiari mi chiedevano come poter far fare il prelievo durante il rialzo termico e se potevano avere pertanto un prelevatore disponibile a stare al capezzale del paziente in attesa che si presentasse il momento opportuno "per prendere il sangue".

T.M. 35 anni è una paziente che ho visto nascere e che ho seguito sin da quando ancora non era normata la pediatria di libera scelta. Si presenta a studio per la prescrizione delle analisi previste al terzo mese di gravidanza e con tono di disappunto, mi riferisce come la sua ginecologa l'abbia apostrofata per il fatto che lei non aveva nessuna intenzione di fare amniocentesi o qualsiasi altro accertamento legato alla eugenetica in quanto poi lei, per nessuna ragione al mondo, avrebbe interrotto la gravidanza." Mi ha detto che sono un'incoscienza ed una egoista! Che se ci fosse stato qualche

problema avrei scaricato il peso delle mie decisioni sulla collettività e che così non si faceva!”. Come possiamo commentare tutto ciò? Che risposte avreste dato? Sono consapevole che questi casi hanno anche una inferenza bioetica, ma comunque sia sono la logica evoluzione di un certo modo di concepire e vivere la Medicina.

Non manca occasione, navigando su social network o incrociando colleghi in riunioni istituzionali o private che il discorso scivoli sulla lamentele e sulla critica di come sia diverso il modo di fare il medico rispetto a quando abbiamo cominciato a lavorare: la medicina sta impazzendo, tutti pretendono tutto, ieri mi è morto un paziente di 94 anni e i familiari mi chiedevano il perché, un mio paziente ultraottantenne vuole fare il PSA ogni tre mesi e così via... Penso che ognuno di noi abbia ben presente questi “vissuti” che oramai



Sobria Rispettosa Giusta

fanno parte della nostra quotidianità e che oltre ad infastidirci su di un piano personale ci preoccupano fortemente per le ricadute sul sistema sanità che queste comportano. E' una moda? E' una consuetudine? E' il normale pedaggio da pagare per il progresso e la modernità della scienza medica? Non sono in grado di specificarlo, ma quello che deve essere chiaro per tutti, che è in giuoco la sostenibilità di tutto

il servizio sanitario nazionale con la inevitabile implosione verso cui stiamo inesorabilmente andando, se non intervengono alcuni cambiamenti.

Prima cosa da fare è quella di smettere l'inutile piagnisteo e smettere di aspettare la “mano santa” che dall'alto risolva i problemi per tutti.

E' ora di dare contenuto e forma alle nostre lamentele trasferendole in posizioni mature, creative e propositive. Io ho aderito al movimento “Slow Medicine” che può essere considerata la risposta italiana alla campagna “ Choosing Wisely” (scegliere con saggezza) dell'American Board of Internal Medicine Foundation che insieme ad altre numerose società scientifiche ha stilato una lista di pratiche mediche inutili se non dannose invitando a discutere insieme medici e pazienti in merito all'appropriatezza ed utilità di indagini diagnostiche e procedure terapeutiche.

Slow Medicine si definisce un movimento per una medicina **sobria**: fare di più non vuol dire fare meglio. **Giusta**: cure appropriate e garantite per tutti. **Rispettosa**: valori, desideri ed aspettative delle persone sono inviolabili.

Date queste premesse ogni volta che prescriviamo un accertamento od una terapia, dovremo sempre cercare di capire quale sia l'appropriatezza, se il paziente ne tragga un vero vantaggio oppure se i benefici siano rivolti verso qualcun altro che in modo più o meno palese lucra sulle “pelle” degli altri. Come dice Giorgio Bert, uno dei fondatori del movimento, dichiararsi di praticare una Slow Medicine significa di prevedere un atteggiamento mentale aperto, di avere come proprio bagaglio culturale ed operativo.” //



counselling; la medicina narrativa; l'analisi e la valutazione della qualità degli interventi; la prevenzione e l'educazione terapeutica del paziente; l'esperienza autobiografica e la conoscenza di sé da parte del medico; le medical humanities; l'invenzione e l'uso nella pratica professionale di determinate strutture linguistiche come ad esempio la metafora. Slow Medicine insomma è un metodo, o per meglio dire un'epistemologia che ci unisce senza tuttavia omologarci: l'omologazione infatti, in quanto cancellazione della diversità, è una scorciatoia mentale, una arbitraria semplificazione di ciò che è complesso e, in quanto tale, è sempre fast. Perché un'epistemologia? Perché Slow Medicine è una teoria della conoscenza: non solo della conoscenza scientifica (ovviamente necessaria) ma della conoscenza di uomini e donne in quanto persone oltre che medici e pazienti... "Medici"? Sì, anche medici! La conoscenza è prima di tutto conoscenza di sé, dei propri pregiudizi, delle proprie convinzioni, delle proprie presunte certezze. Il medico slow conosce, o si sforza di

conoscere, innanzi tutto se stesso". Mi piace chiudere questo editoriale con l'elenco dei sette veleni del pensiero medico: le false certezze che in questo momento vanno tanto alla grande.

NON E' VERO

- Nuovo è meglio.
- Tutte le procedure utilizzate nella pratica clinica sono efficaci e sicure.
- L'uso di tecnologie sempre più sofisticate risolverà ogni problema di salute.
- Fare di più aiuta a guarire e migliora la qualità della vita.
- Scoprire una malattia prima che si manifesti attraverso i sintomi è sempre utile.
- I potenziali "fattori di rischio" devono essere trattati con i farmaci.
- Per controllare meglio le emozioni e gli stati d'animo è utile affidarsi alle cure mediche.





LEUCEMIA: ...la mia !

Antonio Tonzani

“Dottore venga un attimo”, mi invita il collega responsabile del laboratorio dove, due ore prima, mi ero fatto prelevare il sangue, perché, da qualche giorno, avvertivo un po’ di “fiatone”, in salita e per le scale”. Io, maratoneta di antica data: “che strano” ! Sì, c’era anche un po’ di pallore, variamente stimato, a posteriori, da colleghi e familiari:”te lo dicevo io”, ma comunque, a pensarci bene, niente di apparentemente drammatico.

Un’occhiata a quell’emocromo, dove l’emoglobina era talmente bassa da non comprendere come il sangue, che mi era stato prelevato poco prima, fosse stato ancora di colore rosso, i “bianchi”, poi, non ti dico, talmente “normali” che anche un virus del raffreddore sarebbe potuto essere fatale; per fortuna niente ischemia evidente - forse quello era il mio giorno fortunato! - La diagnosi mi apparve chiara, rapidamente, mentre i pensieri si accavallavano, neri, funesti, e la paura, gelida, mi invase.

Caro Bollettino, quando ad un medico debba capitare di vivere tutto ciò, anche solo per poche ore, il buon Dio dovrebbe fargli la grazia e resettargli il cervello. Con il mio 4 di emoglobina, i globuli bianchi così “debolucci” e le piastrine, che, intorno a cinquanta mila, mi davano, chissà perché, una seppur

minima sicurezza, la diagnosi già chiara in testa e l’angoscia che mi stringeva il petto, a mia moglie pensai solo il tempo di una telefonata, sai di che tono! La meta: il pronto soccorso, guidando da solo: la trasfusione: rapida; “ la pelle” era, momentaneamente, salva;cominciava l’avventura! “ Ci guardo o no? “ “Mi informo o no?”.....” e se poi mi viene la disperazione? ...o se, magari, non capisco bene?.....Dio mio, tutto vorrei essere meno che un medico!....” Ma poi alla fine come fai a non guardarci?

E allora: “bassa/alta conta”, cromosoma philadelphia... sì/no, recettori, remissione completa a tal giorno, sopravvivenza a due anni, a cinque anni...; “BASTA, NON CE LA FACCIÒ PIU’!... non ci devo pensare più !... DEVO,... VOGLIO essere un paziente come altri, “normale”; e poi qui c’è l’ematologia di eccellenza, sì, qui c’è il top!... senza contare che qui ci sono gli amici della Clinica Medica anni 80!... è così!... sicuro!... sì è così!... E allora?... quest’angoscia che mi mangia, che ci fa?...Perché è sempre qui?” Ma sai, dopo il primo impatto ti riassetti, pensieri ed incombenze, tipo sostituzione, Empam, U.S.L., assicurazione ti impegnano, quasi ti gratificano e poi la leucemia acuta “non duole”, non stai mica così male, basta che “non pensi”... non pensi all’abis-

so, non pensi al “buco nero”,... basta che dieci, venti volte al giorno tu riesca a piangere, magari ad imprecare, o implorare, o... pregare, ...basta che tu riesca a “toccare il fondo”, che poi torni fuori eaccendi ancora la Tv.

Fra un'angoscia, una preghiera, un programma Tv, finalmente la terapia, il “protocollo”. Sì, il protocollo; in quello stato è come la mamma: ti rassicura, sei a posto, tutto ordinato, tutto previsto, tutto in fila; manca solo la certezza di “ sicura efficacia”, che, se ci fosse, sarebbe perfetto.

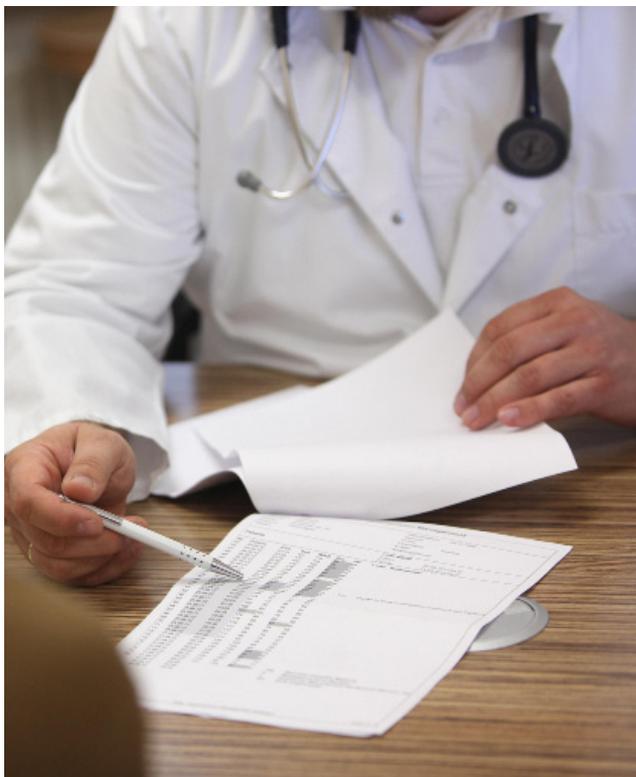
E lì dentro la vincristina sembra un ricostituente, l'Ara-C poco più di acqua fresca, l'asparaginasi? “poca cosa”, il metotrexate? “robbetta”;...ed allora?... quel pezzetto di pollo che ti sembra “plastica”, se va bene, che cos'è? E un po' di pasta che ti appare dentro l'alluminio?...scotta?, si-no!, che importa?

Fra la tua nausea e “l'alluminio”, scotta o no, chi ce la mette in bocca?

Fin qui tutto bene, o meglio, tutto “normale”, ma poi, se non ti fai mancare niente, senti che la bocca incomincia a bruciare, sembra che puntine da disegno siano piantate nel tuo palato, l'arsura ti raschia la gola, una pietra si è fermata nello stomaco, fissa, immobile, pesante; si chiama MUCOSITE: una “brutta cosa”... Ti dicono: “poi passa”...e ci mancherebbe che non passi neanche!... si è vero, la mucosite, quando gli pare, ...passa!

Il cartellino sulla porta ha cambiato colore: era verde, ora è giallo: pancitopenia profonda: duecento bianchi, settemila piastrine, anemia;... “tranquillo è la terapia”.. e poi abbiamo antibiotici, antivirali, antifungini, piastrine da infondere, sangue e poi abbiamo anche ... “le mani di DIO”.

Caro bollettino, raccontarti è piacevole e mi rasserena, mi fa compagnia. Altre puntate, altri momenti da dirti seguiranno. Molti? Speriamo !



ORARIO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

Lunedì - Mercoledì - Venerdì	10.00 / 16.00
Martedì - Giovedì :	09.30 / 13.30
Sabato:	9.00 / 12.00

ORARIO ESTIVO UFFICI DELL'ORDINE (LUGLIO - AGOSTO)

Da Lunedì a Venerdì:	09.30 / 13.30
Sabato:	9.00 / 12.00

**Chiusura completa
dall' 11 agosto al 16 agosto 2014**



Dirigente Medico U.O. Reumatologia - IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Rozzano (MI)
Consultant U.O. Reumatologia ed Immunologia Clinica - Humanitas Research Hospital, Milano
Centro Medico Perugia Check Up, Perugia
E-mail: gianluigi.fabbriciani@humanitas.it

I farmaci biologici o più propriamente definiti biotecnologici sono così chiamati con riferimento alla loro natura e modalità d'azione analoga a composti prodotti dal nostro organismo. Nel corso degli ultimi decenni numerosi studi in ambito immunologico hanno determinato in modo sempre più accurato l'importanza delle citochine, nella patogenesi delle malattie reumatiche infiammatorie. L'equilibrio delle citochine anti-infiammatorie e pro-infiammatorie è fisiologicamente necessario per coordinare la risposta immunitaria in grado di difenderci dall'aggressione dei microrganismi; nelle malattie reumatiche infiammatorie tale equilibrio si spezza così l'infiammazione diventa cronica ed ha effetti deleteri su tutto l'organismo. In questa direzione sono nati i farmaci biologici, che sono appunto recettori o anticorpi (sintetizzati con tecniche di ingegneria genetica), capaci di legarsi alle citochine od alle cellule coinvolte nel processo infiammatorio bloccandone l'attività ed interrompendo così i meccanismi che conducono ai sintomi ed al danno strutturale. Inizialmente

I FARMACI BIOLOGICI NELL'ARTRITE REUMATOIDE

Gianluigi Fabbriciani

l'attenzione è stata focalizzata su alcune di queste sostanze, come il *tumor necrosis factor-alpha* ($TNF-\alpha$) e l'interleuchina-1 (IL-1) a causa del ruolo centrale che esse rivestono nella cascata infiammatoria in generale e nello specifico nell'artrite reumatoide (AR) e ciò ha permesso di realizzare i primi farmaci biologici anti- $TNF-\alpha$. L'agosto 1998 segna la data di approvazione da parte della *Food and Drug Administration* dell'infliximab, per il trattamento della malattia di Crohn.

Farmaci biologici approvati nella terapia dell' artrite reumatoide e loro efficacia

Ad oggi esistono in commercio 9 farmaci biologici, indicati per la terapia dell'AR moderata/grave generalmente in associazione a methotrexate (MTX). Cinque fra questi sono anti- $TNF-\alpha$ ed alcuni sono usati oltre che nella AR, per il trattamento dell'artropatia psoriasica, della spondilite anchilosante e dell'artrite idiopatica giovanile. In tali malattie il profilo di efficacia dei farmaci biologici è decisamente superiore rispetto alle terapie tradizionali nel controllo della sintomatologia e nella capacità di rallentarne la progressione, ritardandone il danno radiologico e la conseguente disabilità.

- ✓ Infliximab (Remicade®) è un anticorpo monoclonale chimerico anti- $TNF-\alpha$. È

- stato originariamente sviluppato nel topo e poi modificato per renderlo simile ad un anticorpo umano in modo da ridurre l'immunogenicità. Si somministra per infusione endovenosa generalmente della durata di 2 ore ogni 4-8 settimane, con dosi correlate al peso del paziente (3/7,5 mg/kg).
- ✓ Etanercept (Enbrel®) è una versione ricombinante del recettore umano solubile del *TNF-α* ovvero è un dimero di una proteina chimerica preparata tramite fusione del dominio extracellulare del recettore-2 del *TNF* umano (TNFR2/p75) responsabile del legame con la frazione Fc dell'immunoglobulina umana IgG₁. Nell'adulto la dose normalmente raccomandata è 50 mg alla settimana per via sottocutanea.
 - ✓ Adalimumab (Humira®) è un anticorpo monoclonale umano al 100% che neutralizza il *TNFα*, somministrato sottocute ogni due settimane al dosaggio di 40 mg.
 - ✓ Golimumab (Simponi®) è un anticorpo monoclonale totalmente umano che neutralizza il *TNF-α* con un meccanismo analogo agli altri farmaci anti-*TNFα* e si inietta solo una volta al mese per via sottocutanea al dosaggio di 50 mg.
 - ✓ Certolizumab pegol (Cimzia®) è un frammento FabPEGilato di un anticorpo monoclonale umanizzato anti-*TNF-α*. La sua peculiarità è data dalla pegilazione (procedimento attraverso il quale è stato aggiunto un composto chimico chiamato polietilenglicole) che ne aumenta l'emivita ed ha probabile effetto anche sulla sua antigenicità. Si somministra per via sottocutanea, dopo periodo di induzione, con successive dosi di mantenimento di 200 mg ogni 2 settimane. La risposta clinica è comunemente raggiunta entro 12 settimane di trattamento.
 - ✓ Abatacept (Orencia®) è disponibile in Italia dal 2007 ed è il capostipite di una classe di farmaci denominata modulatori selettivi della costimolazione delle cellule T ed inibisce l'attivazione delle cellule T coinvolte nel processo infiammatorio. In un primo tempo destinato solo ai pazienti in cui altri trattamenti fallivano, compresi gli anti-*TNFα*, è stato più recentemente approvato anche come biologico di I linea. Si somministra per infusione endovenosa secondo la posologia di 500-1000 mg ogni 4 settimane, dopo periodo di induzione ed attualmente è a disposizione anche la formulazione sottocutanea.
 - ✓ Tocilizumab (RoActemra®) è il primo biologico che va ad agire sul recettore dell'interleuchina 6 (IL-6), proteina implicata nel processo infiammatorio alla base di molte malattie. Si somministra per infusione endovenosa mensile, con dosi correlate al peso del paziente (8 mg/Kg), può essere impiegato come biologico di I linea ed anche in monoterapia.
 - ✓ Rituximab (Mabthera®), agisce sui linfociti B distruggendoli, in particolare il suo bersaglio è la proteina CD 20. In associazione a MTX è indicato per il trattamento dell'AR attiva di grado grave in pazienti adulti che abbiano mostrato inadeguata risposta o intolleranza ai farmaci di fondo convenzionali ed a uno o più inibitori del *TNF* ed in particolari condizioni (es. AR vasculitica, pazienti con storia di linfoma diagnosticato nei 5 anni precedenti) può essere usato come

terapia biologica di I linea. Un ciclo di rituximab consiste di due infusioni da 1000 mg ciascuna a distanza di due settimane. La necessità di ulteriori trattamenti deve essere valutata 24 settimane dopo il ciclo precedente ed il ritrattamento deve essere ritardato fino quando l'attività residua della malattia ricompare.

- ✓ Anakinra (Kineret*) è una forma ricombinante, non glicosilata, del recettore dell'IL-1 (IL-1Ra) ovvero un antagonista endogeno dell'IL-1 in grado di inibirne gli effetti pro-infiammatori. Dopo un'iniziale fase di utilizzo più estensivo nella terapia della AR è stato progressivamente abbandonato in questa area poiché efficace solo in una percentuale modesta di pazienti e

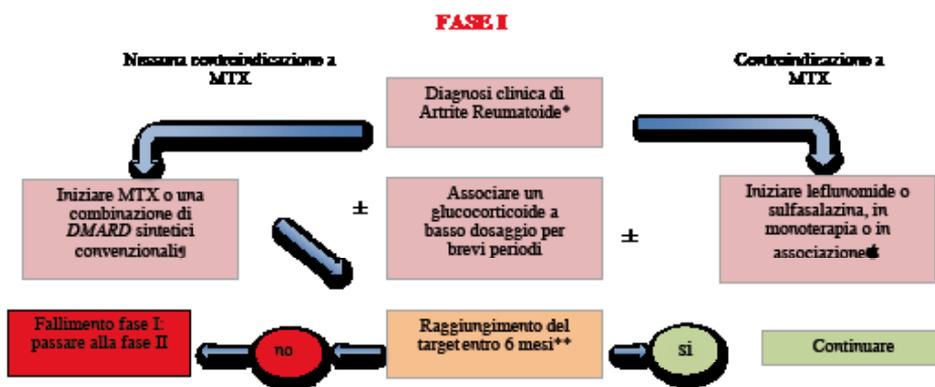
scarsamente tollerato.

Quando usare i farmaci biologici nella gestione del paziente affetto da artrite reumatoide

I farmaci biologici bloccanti il TNF, l'IL-6, il CD 20, l'IL-1 e le cellule T sono stati approvati per il trattamento dell'AR caratterizzata da un particolare grado di attività e dalla refrattarietà ai farmaci di fondo tradizionali quali MTX, ciclosporina A, leflunomide, antimalarici di sintesi (cloroquina ed idrossicloroquina) e salazopirina. La scelta di quale specifica molecola utilizzare e di quando usarla è da poco stato oggetto delle raccomandazioni dell'*European League Against Rheumatism (EULAR)*¹ riassunte nelle figura 1, 2 e 3.

Algoritmo basato sulle raccomandazioni EULAR per il trattamento dell'artrite reumatoide

Figura 1.



* I criteri classificativi *ACR-EULAR* del 2010³ possono supportare la diagnosi precoce.

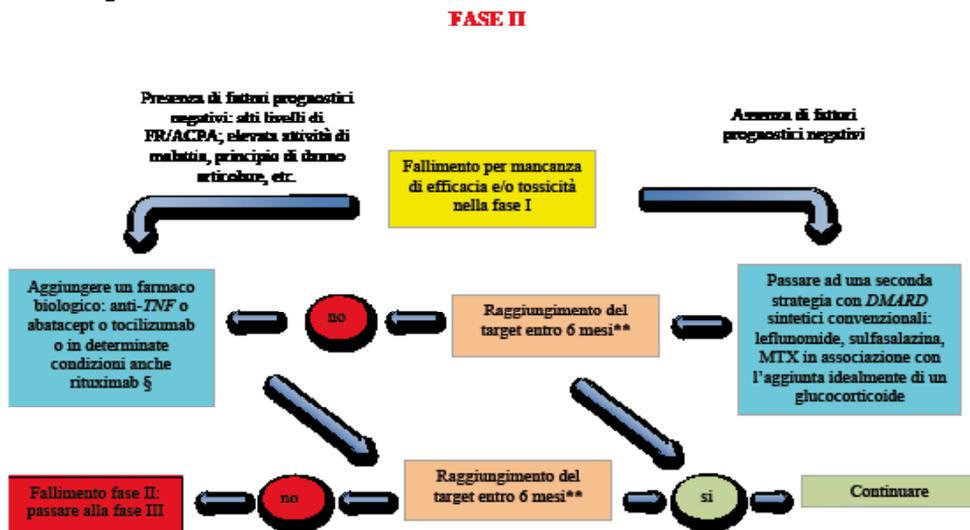
** Il target terapeutico è la remissione secondo la definizione *ACR-EULAR*² o, se la remissione è difficilmente ottenibile, il target terapeutico è almeno la bassa attività di malattia; il target deve essere raggiunto dopo 6 mesi, ma la terapia può essere adattata o modificata in assenza di miglioramenti dopo 3 mesi.

† La combinazione più frequentemente utilizzata comprende MTX, sulfasalazina e idrossicloroquina.

‡ Le combinazioni a base di sulfasalazina e leflunomide, se non con metotrexato, non sono state sufficientemente studiate, ma possono includere la combinazione delle due ed anche con antimalarici.

DMARD= Disease Modifying Antirheumatic Drug
ACR= American College of Rheumatology

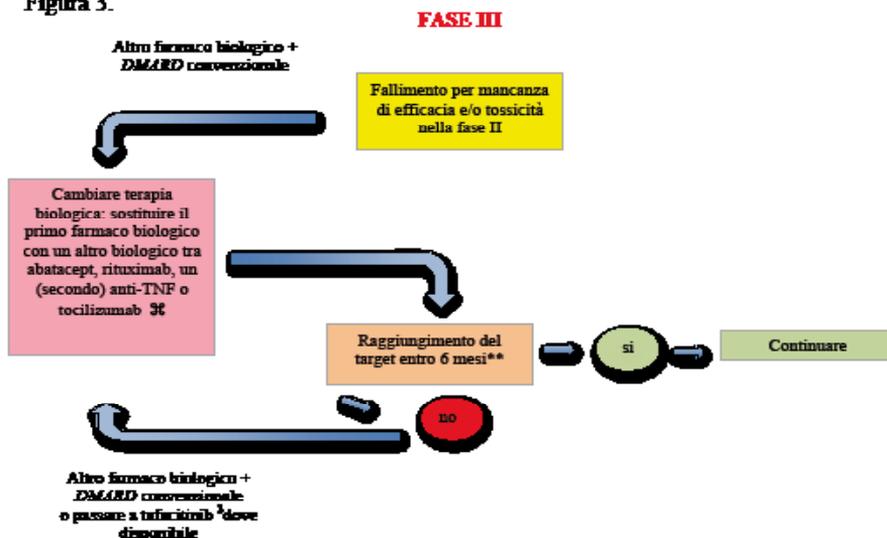
Figura 2.



§ Standard of care = DMARD biologico + MTX.

Lo standard of care per i pazienti con AR da moderata a severa è costituito dalla combinazione DMARDs biologici + MTX.

Figura 3.



§ Adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab o i rispettivi biosimilari sufficientemente studiati ed approvati EMA/EMA.

EMA: European Medicines Agency

Profilo di sicurezza

I principali effetti collaterali degli anti-TNF- α sono sintetizzati nella tabella I. Nel complesso i dati relativi alla sicurezza a breve e medio termine sembrano dimostrare come essi presentino un profilo di sicurezza per alcuni aspetti analogo a quello degli DMARDs tradizionali ad esempio stesso rischio di indurre neoplasie, mentre conferiscono un maggior di rischio di eventi infettivi, soprattutto tubercolosi⁵. Per tali motivi è molto importante che venga eseguito accuratamente, prima dell'arruolamento del paziente, un insieme di tests di screening volti ad accertarne l'idoneità per tale trattamento (principalmente escludere

infezione da virus dell'epatite B e C, infezione da HIV o infezioni tubercolari latenti). È inoltre determinante che il monitoraggio nel tempo del paziente in terapia con biologici sia scrupoloso con particolare attenzione soprattutto ad individuare eventuali infezioni nel corso del trattamento.

Tabella I. Più comuni effetti collaterali degli anti *TNF- α*

✓ Malattie infettive, incluso TBC e sepsi
✓ Sindromi demielinizzanti/neuropatie
✓ Comparsa di autoanticorpi e malattie autoimmuni
✓ Linfomi e altre anomalie ematologiche (anemia, pancitopenia)
✓ Aggravamento dello scompenso cardiaco congestizio
✓ Reazioni da infusione e reazioni nel sito di iniezione

Aspetti farmaco-economici

Uno degli aspetti che sicuramente incide in modo significativo sull'effettivo impiego dei farmaci biologici nella pratica clinica quotidiana è quello farmaco-economico. Il costo annuo per il trattamento di un paziente affetto da AR con un anti-*TNF- α* , si colloca tra i 7000 e i 13000 euro a seconda della molecola usata e dello schema di trattamento impostato ed è di gran lunga superiore a quello di qualunque terapia di fondo tradizionale. I farmaci biologici, tuttavia, a fronte di un costo assoluto iniziale più elevato, grazie alla capacità di prevenire la disabilità possono ridurre sulla lunga distanza la spesa sanitaria e socio-economica anche perchè la maggior parte delle malattie reumatiche infiammatorie interessano per lo più classi di età attive dal punto di vista lavorativo.

Conclusioni

L'introduzione dei farmaci biologici in Reumatologia ha rappresentato un'assoluta rivoluzione, per la concezione innovativa di mirare il trattamento su specifici *targets* fondamentali nella patogenesi delle malattie reumatiche infiammatorie, modulando in modo efficace l'attività del sistema immunitario ed impedendo che sia responsabile di processi auto-aggressivi. Sono molto le forme in cui si presentano le patologie reumatiche e talora di difficile diagnosi. A partire dalla diagnosi inizia la cronicità di tali malattie e con essa la paura dei pazienti di perdere la propria autonomia e la possibilità di vivere una vita serena. I farmaci biologici hanno migliorato in modo significativo la prognosi di tali pazienti in termini di minore disabilità e migliore qualità di vita a patto che il loro uso sia precoce ed affidato a Centri che possiedano l'adeguata esperienza per individuarne le esatte indicazioni e monitorare adeguatamente il paziente in terapia.

Bibliografia

- 1) Smolen JS et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(3):492-509.
- 2) Aletaha D et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2569-81.
- 3) Felson DT et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2011;70:404-13.
- 4) Lee EB et al. Tofacitinib versus methotrexate in rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2014;370(25):2377-86.
- 5) Ramiro S et al. Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(3):529-35.

In questo periodo è alla ribalta il problema dell'indennità di esclusività per i medici dipendenti di ASL e Aziende Ospedaliere della Regione Umbria, che svolgono l'attività professionale solamente per la sanità pubblica.

Questo Ordine si era già occupato lo scorso anno di tale problematica in seguito alla segnalazione di due colleghi.

Di seguito pubblichiamo il parere allora inviato in risposta alle segnalazioni di cui sopra.

Il Consiglio in merito a quanto riferito e cioè che la Regione Umbria si rifiuterebbe di corrispondere la predetta indennità così disattendendo le indicazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, ritiene di comunicare quanto segue.

II. Il quadro normativo di riferimento

L'art. 9 citato stabilisce che *"Per gli anni 2011, 2012 e 2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, ivi compreso il trattamento accessorio [...] non può superare, in ogni caso, il trattamento ordinariamente spettante per l'anno 2010, al netto degli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva [...] fermo in ogni caso quanto previsto dal comma 21, terzo e quarto periodo, per le progressioni di carriera comunque denominate"*.

Quest'ultimo comma prevede che *"Per il personale contrattualizzato le progressioni di carriera comunque denominate ed i passaggi tra le aree eventualmente disposte negli anni 2011, 2012 e 2013 hanno effetto, per i predetti anni, ai fini esclusivamente giuridici"*.

II. I chiarimenti della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

Al fine di favorire una omogeneità di attuazione da parte delle amministrazioni regionali, ivi compreso il S.S.N., in data 10/2/2011 la predetta Conferenza ha adottato precise linee interpretative, poi aggiornate il successivo 13/10/2011.

Nel documento si precisa che sono esclusi dal blocco stipendiale in quanto eventi

A PROPOSITO DI INDENNITA' DI ESCLUSIVITA'

straordinari della dinamica retributiva, *"le variazioni retributive in aumento conseguenti a eventi che incidono sulla prestazione lavorativa"* tra i quali vengono indicati *"il conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno"* e, con esplicito riferimento alla fattispecie in esame, per il SSN, le seguenti ipotesi:

- *"attribuzione ai dirigenti di prima nomina, dopo 5 anni di servizio, di un incarico con funzioni superiori [...];"*
- *indennità di esclusività conseguita per effetto dell'attribuzione di incarico di struttura complessa o di incarichi/funzioni diverse al maturare di superiori fasce di anzianità"*
- *passaggio dal regime di non esclusività a quello di esclusività"*.

Non rientrano invece nella esclusione dal blocco *"per i dirigenti del SSN, i passaggi alla fascia superiore dell'indennità di esclusività al superamento positivo della verifica professionale triennale"*, in quanto tali eventi sono considerati casi di *"progressioni di carriera"*, che, secondo quanto previsto dall'art. 9 co. 21 citato sopra sub I, hanno effetti esclusivamente giuridici e non economici.

Con riferimento ai dirigenti di prima nomina, la Conferenza precisa ancora che *"le disposizioni contenute nell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e nei CCNL 8/6/2000 e 3/11/2005, configurano comunque per il dirigente con cinque anni di attività e valutazione positiva un cambio della natura dell'incarico attribuito in quanto a tale dirigente sono conferibili tipologie di incarico di cui alle lettere c) e b) dell'art. 27 del succitato CCNL 8/6/2000 e non più la tipologia di cui alla lett. d) riservata"*

ai dirigenti di prima assunzione”.

III. Conclusioni

Alla luce di quanto precede, può concludersi che il dirigente medico abbia diritto, al maturare di 5 anni di anzianità e al superamento della verifica da parte del collegio tecnico, all'attribuzione di un incarico con funzioni superiori (tipologie di cui alle lettere c) e b) dell'art. 27 CCNL 8/6/2000), cui consegue l'ulteriore diritto ad ottenere la corrispondente indennità di esclusività.

In presenza dei predetti requisiti, cioè, la ASL è tenuta ad attribuire il nuovo incarico e a corrispondere l'indennità di esclusività nella misura prevista dalla legge e dai contratti collettivi.

Nel senso indicato dalla Conferenza, si sono espresse sia la Regione Toscana¹ sia la Regione Emilia Romagna² con i provvedimenti riportati in nota.

L'interpretazione della Conferenza risulta inoltre conforme alla natura della indennità di cui si discute che, in effetti, non è ancorata a progressioni di carriera, ma è strettamente legata, oltre appunto al carattere esclusivo del rapporto di lavoro, alla tipologia di incarico dirigenziale conferito e all'esperienza professionale maturata

Pur non constando sentenze specifiche sul tema (nonostante l'avvenuta proposizione di vari ricorsi al Giudice del lavoro), può

essere al riguardo utile richiamare la sentenza del Tribunale di Torino, sez. lavoro, in data 26/01/2012. Tale decisione ha escluso dall'ambito di applicazione del “blocco stipendiale” l'indennità dovuta ad un dirigente medico “per il passaggio dal sistema extramoenia a quello intramoenia”.

Nella motivazione viene infatti riconosciuto che questo tipo di indennità rientra tra quegli “eventi straordinari” che il D.L. 78/2010 esclude dal blocco degli emolumenti, in quanto volta a compensare un cambiamento nella tipologia della prestazione resa. A sostegno della decisione viene inoltre espressamente richiamato il documento della Conferenza delle Regioni che, come detto, esclude dal blocco “il passaggio dal regime di non esclusività a quello di esclusività”.

Per tutto quanto precede, riteniamo che l'interpretazione fornita dalla Conferenza delle Regioni sia condivisibile e che la ASL non possa fondatamente invocare, quale giustificazione del mancato pagamento dell'indennità di esclusività, il provvedimento di contenimento della spesa di cui all'art. 9 comma 1 DL 31/5/2010 n. 78, convertito nella L. 30/7/2010, n. 22, come riteniamo che l'indirizzo espresso dalla Conferenza possa essere invocato dai medici interessati quale decisivo argomento nei ricorsi giurisdizionali innanzi al Giudice del lavoro.

1 La nota dell'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana del 27/2/2012 dispone che: “si deve prendere atto che la Conferenza delle Regioni (pur utilizzando un'espressione che può dar luogo a qualche incertezza e a parte l'ambiguità del riferimento alla “verifica triennale”, che risulta non più prevista dalle vigenti disposizioni contrattuali) ritiene rilevante, al fine del passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività, la coincidenza temporale tra la maturazione dei requisiti per tale passaggio di fascia (esperienza professionale e valutazione, con esito positivo, effettuata dal collegio tecnico) e l'attribuzione di un incarico diverso (o di funzioni diverse). [...] Deve pertanto ritenersi che, laddove venga attribuito un incarico diverso (o funzioni diverse) al maturare dei suddetti requisiti (esperienza professionale e valutazione positiva), sussistono i presupposti per il riconoscimento, sia ai fini giuridici che economici, della fascia superiore dell'indennità di esclusività”.

2 La nota di indirizzo tecnico-operativo della Regione Emilia Romagna chiarisce che l'attribuzione dell'indennità di esclusività ai dirigenti di prima nomina dopo 5 anni di servizio costituisce una conseguenza dell'attribuzione dell'incarico con funzioni superiori ai sensi dell'art. 27 co. 1 lett. b) e c) CCNL 8/6/2000. “Il riconoscimento di tale nuovo incarico, al raggiungimento di 5 anni di servizio, costituisce una posizione contrattualmente tutelata”.

Auspichiamo che, come recentemente pubblicato dai quotidiani locali, la Regione dia un'adeguata risposta in tempi brevi alle giuste rivendicazioni dei medici.



LA CARDIOPATIA ISCHEMICA NELLE DONNE

C. Zuchi, I. Tritto, G. Ambrosio
International Journal of Cardiology 2013;163:132-140

Dott. Massimo Sorbo

Contrariamente al luogo comune, che considera l'uomo il "bersaglio" tipico della cardiopatia ischemica, anche nelle donne la cardiopatia ischemica è la principale causa di morte nei paesi occidentali. Inoltre, rispetto agli uomini essa è associata ad una maggiore morbilità e mortalità.

Negli ultimi trenta anni sono stati raggiunti importanti progressi nell'ambito della cardiopatia ischemica; nonostante ciò, mentre il tasso di mortalità per cardiopatia ischemica si è costantemente ridotto nell'uomo, questo è rimasto largamente invariato nelle donne. Infine, per quanto concerne la cardiopatia ischemica cronica, la prevalenza dell'angina stabile nella popolazione generale è di circa il 5% nei paesi occidentali, con una rappresentanza nel sesso femminile simile, o addirittura superiore all'uomo.

Nonostante tutte queste premesse, la cardiopatia ischemica nelle donne rimane sotto-diagnosticata e sotto-trattata, e l'errata percezione che le donne siano "protette" contro le malattie cardiovascolari porta ad una sottostima del loro rischio cardiovascolare; invece, le donne con dolore toracico presentano un alto rischio di eventi. Tale rischio viene sottostimato anche in quanto calcolato con tabelle di rischio, come il Framingham Risk Score, che in realtà derivano da dati elaborati da popolazioni maschili; recentemente è stato osservato come l'utilizzo di score specifici, quali il Reynolds Risk Score, appositamente testato nelle donne arruolate nel Women Health Study, permetta una migliore classificazione delle donne all'interno delle categorie di rischio.

Le donne che soffrono di angina pectoris tendono ad avere caratteristiche diverse rispetto agli uomini; infatti sono più anziane e tendono ad avere più comorbidità e disabilità funzionale rispetto all'uomo. Inoltre la fisiopatologia dell'angina pectoris può spesso differire nelle donne, con una più alta prevalenza di malattia coronarica non-significativa.

Nel registro American College of Cardiology - National Cardiovascular Data Registry, quasi l'80% delle donne di età sotto i 60 anni inviate a coronarografia con sospetta angina pectoris stabile non aveva stenosi coronariche significative. Questo, di per sé non è un indice di assenza di patologia in quanto, rispetto agli uomini, l'angina nelle donne è più comunemente di origine microvascolare, e gli algoritmi diagnostici standard possono quindi essere non ottimali per le donne.

Infatti, mentre l'angina da sforzo è la più frequente manifestazione della coronaropatia ostruttiva dei vasi epicardici sia nell'uomo che nella donna (anche se nelle donne sono frequentemente presenti anche episodi a riposo e scatenati dallo stress mentale), l'angina microvascolare può avere una presentazione atipica con dolore a riposo, durata prolungata degli attacchi di angina, scarsa responsività ai nitrati sublinguali; tutte caratteristiche che si riscontrano più frequentemente nel racconto anamnestico delle donne con dolore toracico. Inoltre, il solo elettrocardiogramma da sforzo ha una scarsa accuratezza nell'individuare la presenza di cardiopatia ischemica nelle donne.

Nonostante la presenza di angina in assenza di coronaropatia stenotica significativa comporti una prognosi migliore rispetto alla franca coronaropatia, anche l'angina microvascolare risulta comunque associata ad un sostanziale incremento del rischio di eventi coronarici e della mortalità rispetto alla popolazione generale; in particolare, tale aumento del rischio sembra interessare soprattutto il sottogruppo di pazienti che presentano disfunzione coronarica microvascolare.

Tale diversa fisiopatologia della cardiopatia ischemica influenza la gestione clinica di questa condizione nelle donne. Innanzitutto, per il minore utilizzo di procedure di rivascularizzazione. Ma anche per la carenza di dati solidi di tipo farmacologico. Infatti, nonostante la risposta alla terapia medica può differire nelle donne rispetto agli uomini, e spesso si rilevi una minore efficacia terapeutica con i classici farmaci antianginosi, queste sono scarsamente rappresentate nelle sperimentazioni cliniche.

Pertanto, solidi dati in termini di efficacia di genere dei farmaci antianginosi mancano, ed in particolare quando l'angina è di origine microvascolare spesso le donne continuano ad essere sintomatiche nonostante la massima terapia con i farmaci antianginosi classici.

In conclusione, le donne con angina sono un gruppo di pazienti in cui sembra opportuno concentrare gli sforzi volti a ridurre la morbilità e migliorare la qualità della vita.

Accogliamo questo appello da parte dei medici fiscali INPS dichiarando tutta la nostra solidarietà. Ci uniamo alla loro più che giusta richiesta di tutela sperando che vengano al più presto soddisfatte le loro aspettative per un trattamento degno di un paese che si dichiara civile.

(Il Comitato di Redazione)

Diario di un anno vissuto con dignità, ma ora basta!

Dott.ssa Rossella Cascetta Medico Fiscale INPS

30 aprile 2013: l'INPS sospende "temporaneamente" e senza alcun preavviso, le visite fiscali d'ufficio

Chi, tra di noi, lo seppe con un SMS chi con il passaparola tra colleghi...nessuna comunicazione ufficiale...

In un attimo la voce obbligatoria di spesa presso il bilancio dell'INPS era sparita

Inizialmente incredulità, si pensava che la situazione fosse momentanea...è un anno che l'Inps rimane ferma sui suoi propositi.

Il 24/05/2013 si è costituita un'Associazione di Medici Fiscali, l'ANMEFI che ha tra i suoi iscritti tutti medici fiscali, di cui quelli che svolgono solo questo lavoro per l'INPS sono rimasti senza reddito.

Oggi siamo quasi 400 iscritti..

Grazie a questa Associazione molti passi sono stati fatti per far conoscere la situazione dei medici fiscali INPS : incontri con Politici, Dirigenti INPS, OOSS, è stata nominata una Commissione d'inchiesta sull'attività della Medicina Fiscale.

30/08/2013 E' stata fatta una Diffida Stragiudiziale ancora in essere per la ripresa del nostro lavoro, al quale l'Inps ha opposto in prima istanza che il nostro è un lavoro autonomo e quindi poteva agire come ha fatto!

Ma è un lavoro autonomo quello che dura 28 anni senza sospensioni, che ubbidisce ad incompatibilità assolute, che utilizza mezzi aziendali (database, stampante ecc) soggetto alle direttive ed al potere

disciplinare del datore di lavoro, retribuito con tariffe fisse e che deve osservare orari di lavoro e reperibilità.

L'illogicità del provvedimento di sospensione inoltre è dichiarato dal fatto che a fronte di un risparmio per l'Ente di 50 mln (tanto costano 1,5 milioni di controlli annuali) lo Stato rischia di spendere almeno 100 mln di euro per l'aumento dello 0,1 % di assenze per malattia... senza contare il fatto che 1400 medici e le loro famiglie sono state ridotte in condizioni di sofferenza economica!

Il 30/04/2014 abbiamo manifestato numerosi presso la sede del Ministero del Lavoro a Roma e una nostra delegazione è stata ricevuta dai vertici del Ministero del Lavoro ed il Presidente ed alcuni componenti della Commissione Affari Sociali alla Camera dei Deputati. Ad oggi io continuo ad aprire il notebook alle 9,30 ed alle 14,30 ricevendo sempre lo stesso messaggio: NON ci sono al Centro visite mediche per il dott.....

E' indispensabile che tutti coloro che ci rappresentano (Ordine dei Medici, OOSS, Politici) facciano ciò che non è stato fatto finora per tutelare il lavoro di 1400 medici fiscali Inps (e le loro famiglie) che per 28 anni hanno prestato per l'INPS il servizio di visite mediche di controllo, con grande professionalità, avendo dovuto rinunciare, per le pesanti incompatibilità, ad altre opportunità di lavoro!



Avete capito tutte queste cose?». Gli risposero: «Sì». Ed egli (Gesù) disse loro: «Per questo ogni scriba divenuto discepolo del regno dei cieli è simile a un padrone di casa che estrae dal suo tesoro cose nuove e cose antiche». (Matteo, capitolo 13, versetti 51 e 52) (Il nostro piccolo paese non è in crisi, purtroppo, per i problemi (sicuramente reali!) relativi al mancato finanziamento della ricostruzione ...ma per la perdita di tante altre "ricchezze" più nascoste....)

E' appena iniziato il quarto anno della nostra "diaspora". Stavolta, e per la prima volta, cominciamo ad intravedere un qualche spiraglio alle nostre problematiche "logistiche"... sicuramente ...non di poco conto...

Tra pochi mesi avremo la gioia di veder mettere finalmente le mani sulle nostre "macerie" affinché riprendano vita...Un giorno, speriamo vicino, potremo vivere con commozione il rientro nella nostra casa. Come non pensare a quelli che non vivranno con noi questo momento? Quelli, per così dire, con termine crudo ma molto efficace, "morti in esilio" ? Persone con le quali abbiamo condiviso tanti avvenimenti di questo micro-mondo che è il nostro piccolo paese. Ebbene questo sarà il lato triste di un momento gioioso che abbiamo a lungo aspettato. Perché, in definitiva, proprio le persone sono da sempre il vero "paese". Quando

COSE ANTICHE e COSE NUOVE...

Dott. Moreno Puccetti medico di medicina generale di Spina (Marsciano)

noi ancora raccontiamo i tanti aneddoti che ci hanno visti spettatori e/o anche attori, non parliamo dei luoghi ma quasi esclusivamente di persone. Perché ogni paese (non parlo quindi soltanto di Spina, ma anche di S.Biagio, Castiglione, Mercatello, ecc.) aveva fino a pochi anni fa un suo "grande cuore" popolato di affetti, di gesti di solidarietà, di drammi più o meno comuni e di gioie condivise da tutti. Un cuore di carne... anzi di persone...anzi i cuori di tutti gli abitanti di quel particolare paese. E se adesso tutto questo non c'è più...non è perché abbiamo avuto il terremoto che ci ha stravolto la vita...

La mia generazione ha avuto la fortuna di vivere un pezzo della propria esistenza prima che tutto questo diventasse un ricordo... Sotto certi aspetti il terremoto ha tentato di stimolarci a riappropriarci di cose che noi pensavamo ormai sorpassate, inutili per il modo di vivere di questo tempo così frettoloso e distratto sui bisogni degli altri. Ma sono stati soltanto dei momenti di "rival", dei flash troppo brevi, soprattutto vissuti sulla scia dell'onda emotiva iniziale. Purtroppo il tempo non si può fermare... né si può fermare il cambiamento di una società che si trasforma così alla svelta da perdere non solo la sua identità ma anche tante, tante altre cose (forse non tutte importanti...ma una buona parte sì!).

Eppure, come ho già detto tante altre

volte, il mio osservatorio “privilegiato” di medico di famiglia, che ha varcato tante volte le soglie delle case di questi luoghi nel corso di oltre 30 anni, mi fa vedere ben chiaro come non solo la sofferenza sia sempre la stessa...ma anzi oggi che siamo materialmente più ricchi, che abbiamo anche il computer ed il cellulare, per essere costantemente collegati con ogni parte del mondo, oggi c'è una sofferenza che si aggiunge a quella sofferenza psico-fisica-spirituale che c'è sempre stata: è la solitudine... è l'abbandono. A ben guardare noi siamo proprio più poveri d'una volta...perché in un paesino come il nostro...“la solitudine” era una “malattia rara”, una parola sconosciuta che, per noi, riguardava solo quelli che vivevano in città, poverini! La nostra civiltà contadina era vaccinata ed immune da questa tremenda malattia! Ora invece la SOLITUDINE è diventata una pandemia! Ed è ciò che io ripeto sempre a quelli che soffrono (perché è bene dircelo e ridercelo di nuovo, soprattutto oggi che il progresso ci illude di poter risolvere sempre tutto... compresa la vecchiaia...compresa la malattia...compresa, oserei dire, la morte...) è bene ripeterci l'un l'altro, gridando, se occorre, che la “sofferenza” è parte integrante della nostra umanità! Il problema di oggi è che troppo spesso siamo lasciati soli a vivere questa nostra sofferenza. C'era una voltanei nostri paesi “la famiglia”, che quando sfortunatamente era colpita “dal male”, veniva sempre aiutata dai vicini di casa (ma in un paese tutti erano i nostri vicini!), e in special modo da qualche anima più caritatevole per vocazione (e nei nostri paesi questi “angeli” non mancavano mai!). Così ogni persona era messa in grado di portare con dignità il fardello pesante quando questo arrivava...perché sempre sostenuta da tanti “cirenei”, nel portarlo.

Per questo oggi è molto più

difficile di 30 anni fa fare il medico... paradossalmente è molto più difficile... nonostante oggi ci sono farmaci più efficaci e ci sono strumenti di diagnosi più esatti... E' molto più difficile perché la persona malata di oggi è più fragile di quella di una volta... perché si sente confusa...perché si sente tradita da una “medicina” che gli era stata sbandierata come onnipotente ed in grado di affrontare ogni problematica (vedi trasmissioni televisive con i così detti “luminari”); si sente tradita dai propri cari pieni di impegni per i quali ella diventa un peso; si sente tradita da una società che comincia a fare i conti dei costi in euro della sua malattia, mentre lui vorrebbe gridare a tutti che la sofferenza non si misura in euro! Il rapporto “personale” che il vecchio medico di famiglia aveva con i propri pazienti, credo, sia una delle perle più preziose che ci ha lasciato in eredità il nostro Sistema Sanitario pubblico nei suoi decenni di vita travagliata. Rapporto profondo che non vuol dire, come pensa qualche mente disturbata, che il medico debba lavorare 24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana! Nessuna persona sana di mente oserebbe fare una simile proposta! Perché in effetti, la proposta legislativa, sbandierata come tale, dice tutta un'altra cosa! E aggiungo, se ce ne fosse bisogno, che è intuitivo anche che qualsiasi persona malata e bisognosa vorrebbe trovarsi di fronte il proprio medico ben attento e lucido... piuttosto che uno “zombi” distrutto dal sonno e dalla stanchezza! Ma non è su questa cretinata delle 24 ore che mi voglio soffermare. Voglio tornare a sottolineare come sia indispensabile che la medicina NON perda questa sua capacità “ereditata dal vecchio medico della mutua” (non quello della parodia fatta da Alberto Sordi!) di “entrare” con la sua umanità e la capacità di sostenere (con un termine tecnico questo viene chiamato “enpatia”)

nella sua sofferenza, l'ammalato. Per questo il "medico" era una delle persone più "importanti" del paese: non perché aveva studiato e la sua cultura brillava fulgida in un contesto di semianalfabetismo, ma perché aveva un ruolo molto delicato e di grande responsabilità... che condivideva soltanto con il parroco: altra figura che entrava "nelle cose intime" delle persone per AIUTARLE.

Nel nostro ritmo di vita di oggi la parola d'ordine è invece "FRETTA". Tutti hanno fretta...ma vale la pena per la nostra fretta ossessiva rinunciare proprio a tutto? Fretta immotivata perché, spesso, ci induce a risparmiare del tempo in ambiti importanti per sprecarlo poi in cose tanto futili: la televisione, la navigazione oziosa in internet, i videogiochi, i giochi di ruolo, 20 partite di calcio alla settimana, e chi più ne ha, più ne metta!.. Alcuni anni fa un mio paziente mi affrontò bruscamente e poi cambiò medico perché, diceva lui, perdeva troppo tempo con gli altri... ma lui quando veniva da me pretendeva (era suo legittimo diritto!) tutto il tempo che gli occorreva per i suoi problemi. Lui, disse, non poteva perdere troppo tempo, quando aveva bisogno di me, perché... aveva tante altre cose da fare! Lui non poteva perder tempo con un medico che ascoltava "anche gli altri".Poi mi raccontarono che se ne andava 15 giorni in vacanze d'estate e 15 giorni d'inverno a sciare... poi seguiva le partite di calcio dei figli....e anche gli allenamenti; leggeva il Corriere dello Sport per sapere ogni giorno tutto della sua Juventus e di Baggio, in particolare, il suo idolo; e poi non disdegnava qualche "breve" crociera...e, infine, c'erano gli hobbies.... sacrosanti, diceva lui, per uno che lavora! Un modo di vivere per me "impensabile", non solo dal punto di vista economico (ma su questo nessuno di noi può entrare...perché

ognuno fa i conti in tasca propria!), ma proprio come progettualità di come "spendere" il proprio tempo. E poi (soprattutto, direi!) questi "ritmi" sarebbero stati incompatibili con il mio lavoro di "medico di campagna". E non gli era balenato nemmeno lontanamente per l'anticamera del cervello che se io avessi fatto la sua vita e avessi visitato su appuntamento, come lui pretendeva, per venire a farsi visitare avrebbe dovuto aspettare per ogni necessità qualche settimana...se non qualche mese! E invece poteva venire quando voleva... anche il giorno stesso...al modico prezzo di sacrificare, quel giorno, il tempo che egli dedicava a tante cose inutili o almeno superflue (secondo me) ma irrinunciabili (secondo lui!).

Vorrei ancora una volta sottolineare l'importanza dell'uso sapiente e generoso e "corretto" del tempo, preziosa eredità (ripudiata?) della nostra civiltà rurale. E sottolineare come la distrazione per tutto ciò che ci circonda sia una triste realtà anche per la nostra comunità, cosa impensabile una volta! Anche questo ha messo in evidenza il terremoto: pochi di quelli che non sono stati interessati direttamente hanno sentito di dover essere comunque solidali concretamente (non solo a parole!) con quelli più sfortunati!

Abbiamo sempre fretta, non abbiamo più tempo per accorgerci dei bisogni degli altri...di quelli che ci stanno vicini...abbiamo tante cose da fare...è questo che ha sgretolato le nostre vecchie case medioevali! Dobbiamo ricominciare a guardarci intorno...perché per tante sofferenze il dottore non serve...e non bisogna pretendere dal dottore che colmi con le medicine ...quel vuoto d'amore e di comprensione che ognuno deve dare a chi gli sta intorno ... Magari ci fossero medicine per questo!



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

Dott. Igino Fusco Moffa della UOSD Epidemiologia della USL Umbria 1

Il Rapporto 2013 sulla popolazione straniera nella USL Umbria 1: un esempio di demografia al servizio della sanità.

Premessa

Gli stranieri nella nuova Azienda USL Umbria 1 rappresentano una parte importante della popolazione generale, in costante aumento e ne costituiscono ormai una quota consolidata.

L'impatto sui servizi sanitari è quindi un fenomeno da monitorare per eventuali aggiustamenti delle risorse (es. mediatori culturali), delle modalità di offerta (es. screening, vaccinazioni) e per valutare la tenuta dei servizi territoriali (es. medicina generale, pediatria di libera scelta, pronto soccorso).

Gli stranieri, tuttavia, non sono sempre portatori di maggiori bisogni sanitari, anzi in molti casi si può applicare il principio del migrante sano (migrano i più forti e intraprendenti) anche se poi le condizioni di vita connesse al livello sociale e alle condizioni abitative e lavorative, nonché ai problemi di adattamento rendono più frequenti incidenti e disagi psicologici.

La prevalenza di donne, di cui una buona quota in età fertile, significa un

maggiore impegno dei servizi ostetrico-ginecologici e dei servizi di screening del cervico-carcinoma in quelle aree in cui affluiscono più stranieri.

Lo stesso dicasi per l'alta percentuale di bambini che possono impegnare molto i servizi pediatrici anche per problemi di comunicazione (lingua, cultura, religione, etc.)

Una buona quota di questi bambini si può ritenere sia nata in Italia o arrivata in Italia molto precocemente. Essi, anche attraverso la frequenza presso le nostre scuole, si avviano a diventare quella seconda generazione di cui è fondamentale curare la integrazione e la valorizzazione anche ai fini di un migliore sviluppo psico-fisico e di un loro positivo contributo alla crescita della società italiana.

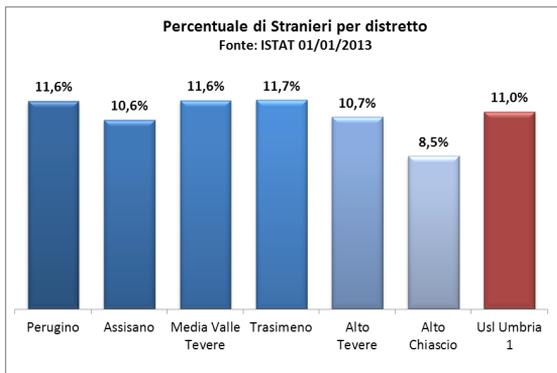
Inoltre, il collegamento di tutti i flussi dei dati amministrativi (Schede di Dimissione Ospedaliera, farmaceutica, PS, specialistica, salute mentale, ecc...) con l'anagrafe assistibili per ricavare l'informazione sulla cittadinanza dà la possibilità di dimensionare il fenomeno da vari punti di vista, tutti potenzialmente utili per una appropriata pianificazione e programmazione sanitaria.

Il nuovo assetto geografico dell'azienda

Dal 1° gennaio 2013 la ASL 1 dell'Umbria e la AUSL 2 dell'Umbria sono state accorpate a formare l'attuale azienda sanitaria USL Umbria 1. Il nuovo ambito territoriale comprende 38 comuni che vanno dal Capoluogo di Regione a piccoli comuni di montagna, collocati in 6 distretti sanitari.

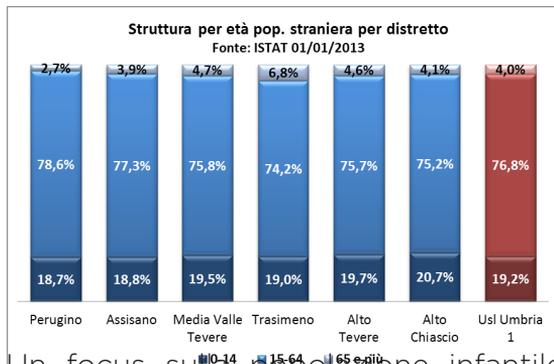
Per studiarne la popolazione sono stati utilizzati i dati resi disponibili dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e aggiornati al 01/01/2013.

La popolazione straniera è costituita da 55.181 soggetti, pari all'11% della popolazione residente totale (v. grafico seguente). Tale percentuale è maggiore sia rispetto a quella regionale (10,4%) che a quella nazionale (7,4%).

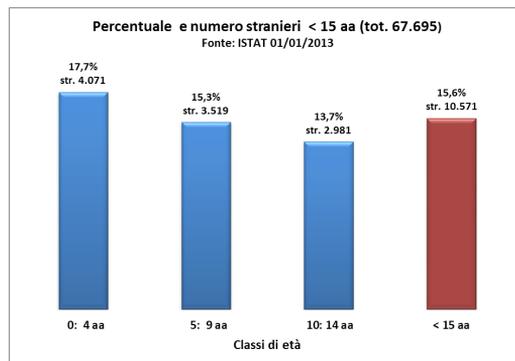


Spicca la minore percentuale di stranieri dell'Alto Chiascio.

Di seguito si riporta la distribuzione della popolazione straniera per distretto e per grandi classi di età.



Un focus sulla popolazione infantile fino a 14 anni evidenzia che più del 15% del totale è rappresentato da bambini di nazionalità straniera, percentuale che arriva a quasi il 18% nella classe 0: 4 anni.



Nelle pagine che seguono verranno riportati sempre i confronti tra gli indicatori riguardanti la popolazione aziendale straniera e quella italiana.

Piramidi delle età

I grafici seguenti permettono di visualizzare visivamente la composizione per classi di età quinquennali della popolazione. Vengono messe a confronto quella dei soli italiani con quella degli stranieri.

E' evidente come la forma del grafico della popolazione italiana non è più classicamente piramidale ma piuttosto a botte con un assottigliamento della

la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Nella popolazione italiana ci sono 2 persone anziane per ogni bambino/adolescente mentre in quella straniera il rapporto è del tutto invertito con ben 5 soggetti con meno di 15 anni per ogni anziano.

- **L'indice di invecchiamento** è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione totale, moltiplicato per 100.

Questo ulteriore indicatore ci informa che una persona italiana su 4 supera i 65 anni mentre la quota di anziani in quella straniera arriva ad un trascurabile 4 su 100.

- **L'età media** è la media delle età, ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età.

Come naturale conseguenza della composizione della popolazione fin qui esposta, l'età media della popolazione straniera è di 13 anni più giovane di quella italiana (32,8 vs 45,8).

- **L'indice di dipendenza strutturale** è il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Questo indicatore dà l'idea del carico sociale ed economico che ha la popolazione in età lavorativa (15-64 anni) nei riguardi di bambini e anziani. Valori superiori a 50 indicano uno squilibrio generazionale significando che ogni persona non attiva è a carico di meno di 2 persone in età lavorativa (nella popolazione italiana l'indice è pari a 60%). Al contrario, nel caso di quella straniera 1 persona non attiva è a carico di 3 persone attive (indice pari a 30%).

- **L'indice di dipendenza strutturale degli anziani** è il rapporto tra la po-

polazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Analoga considerazione può essere fatta sul peso socio-economico che gli anziani (> 65 anni) hanno sulla popolazione lavorativamente attiva (15-64 anni). Nel caso della popolazione italiana (indice 40%) il rapporto è di 2 anziani ogni 5 persone in età lavorativa mentre nella popolazione straniera (indice 5%) è di un anziano ogni 20.

Conclusione

La popolazione straniera dal punto di vista demografico è caratterizzata da indicatori in gran parte positivi, in quanto popolazione giovane.

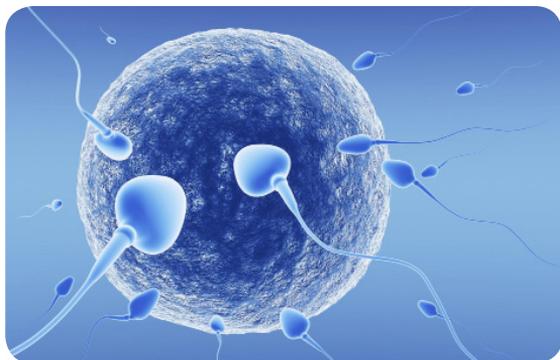
D'altro canto, l'età media e l'alto indice di femminilizzazione porta ad una forte presenza di donne straniere nelle età fertili e questo non può non avere un riscontro nella organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali rivolti a tale fascia di popolazione.

Anche nelle età infantili è forte la presenza di bambini stranieri, con ovvi riflessi sui servizi pediatrici.

Più in generale l'addensarsi in certe aree della Regione, o presso determinati servizi, o medici e pediatri di famiglia, di utenza straniera va tenuto presente perché ci si attrezzi sul piano dell'aggiornamento e della comunicazione interculturale.

Seppure con i suoi limiti, una analisi demografica, che tenga conto della cittadinanza e/o dei paesi di nascita, è oggi uno strumento indispensabile per la programmazione e per le valutazioni sulla equità di accesso ai servizi.

Il rapporto integrale può essere richiesto all'autore telefonando al numero 075 541 2443.



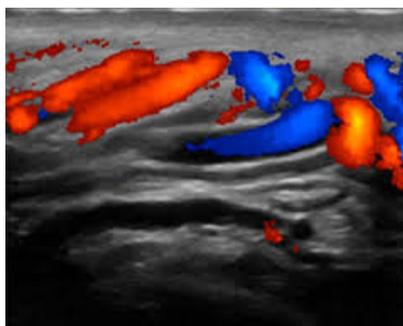
INFERTILITA' MASCHILE: UN VERO PROBLEMA MEDICO E SOCIALE

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

*Servizio di Diagnosi e Cura della Riproduzione
Umana - Azienda Ospedaliera Perugia*

L'infertilità riconosce per il 35% una causa maschile, per il 35% una patologia femminile, per il 15% un problema di entrambi e per il restante 15% una causa idiopatica (A. Spira). L'infertilità maschile può essere determinata da cause: pre-testicolari (assenza o ridotta produzione spermatica da inadeguata secrezione gonadica), testicolari (patologie primitive del didimo), post-testicolari (da ostacolato trasporto lungo le vie spermatiche, da disturbi dell'eiaculazione). I fattori di rischio che possono influenzare negativamente per tutto l'arco della vita di un uomo la sua capacità riproduttiva sono: iperpiressia, in quanto se per diverso tempo la temperatura supera i 38,5° questa può alterare la spermatogenesi per un periodo compreso fra 2 - 6 mesi successivi. Farmaci, alcuni farmaci possono avere un effetto soppressivo sulla fertilità. L'arresto definitivo della spermatogenesi può essere causato dall'irradiazione in zona genitale o da farmaci antineoplastici. Trattamenti chirurgici, alterazione temporanea della spermatogenesi a causa di un grosso intervento chirurgico che può durare da 3 a 6 mesi, ricordando che taluni interventi sull'apparato genito-urinario possono provocare una riduzione definitiva e permanente della fertilità. Infezioni urinarie, episodi ricorrenti e trattamenti inadeguati possono associarsi a danni testicolari, epididimari e delle vie di trasporto con conseguente scarsa o nulla qualità del liquido seminale. Malattie sessualmente trasmesse, possono rap-

presentare un fattore di rischio per la fertilità. Epididimite. Orchite post-parotitica. Varicocele, è una patologia presente sino al 35% degli uomini infertili e può essere abbastanza difficoltoso il suo riconoscimento all'esame obiettivo. La patologia è rappresentata dalla comparsa di vene varicose a carico del plesso pampiniforme del testicolo

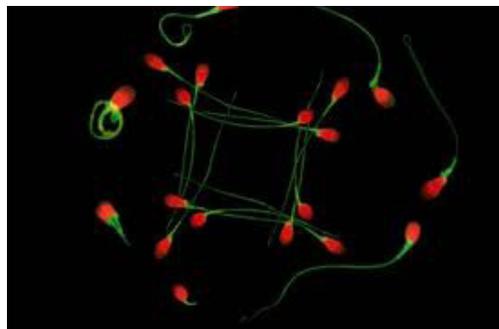


(ecocolordoppler scrotale)

.Secondo una valutazione costo - beneficio quando :1) giovane coppia, donna di età inferiore a 35 anni con presenza nel partner maschile di un varicocele ed alterazioni della qualità del liquido seminale di lieve - media entità è suggeribile la correzione del varicocele 2) Coppia non più giovane, donna di età maggiore di 35 anni e partner maschile con varicocele con alterazioni medio- gravi del pattern seminale, si deve prendere in considerazione all'eventuale correzione del varicocele una ICSI). Criptorchidismo (ritenzione testicolare), mono o bilaterale, influenza in maniera variabile la fertilità. La sua correzione precoce, chirurgica o iatrogena-

naa, è ritenuta fondamentale per garantire la fertilità e per ridurre il rischio di neoplasie del testicolo. Traumi e torsioni testicolari, sono fattori di rischio soprattutto se accompagnati da danno diretto del didimo. Disfunzioni sessuali, rappresentate dall'eiaculazione retrograda e dalla disfunzione erettile, patologie sistemiche ed endocrine e le cause genetiche. Altri fattori che hanno ancora delle evidenze limitate sono: fumo, inquinamento, esposizione a sostanze tossiche, abuso di alcol, alcuni stili di vita, l'età, la familiarità per infertilità e alcuni polimorfismi genetici. La diagnostica dell'infertilità maschile si esegue attraverso un iter caratterizzato da: anamnesi, esame obiettivo, esame del liquido seminale, ecocolordoppler scrotale, ecografia prostatica transrettale (con studio delle vescichette seminali), esami ematologici, diagnostica genetica: cariotipo, screening per fibrosi cistica, ricerca microdelezioni del cromosoma y, ricerca mutazione recettore androgenico (AR). Spermicoltura e urino coltura. L'esame cardine risulta essere la valutazione dei caratteri qualitativi e quantitativi dello sperma (spermioγραμμα). Questo costituisce l'indagine di laboratorio di primo livello che definisce la potenzialità fecondante del partner maschile. Lo scopo è di fornire informazioni su: spermatogenesi, potenzialità fecondante, eventuali patologie dell'apparato genitale. Per eseguire quest'analisi è necessario raccogliere il seme in un contenitore sterile per urine, osservare un periodo di astinenza sessuale compreso tra 3 e 5 giorni, inoltre è consigliabile che il campione venga raccolto nella sede dove verrà analizzato. La fase analitica comprende due momenti successivi: 1) valutazione macroscopica: caratteristiche reologiche, 2) la valutazione microscopica al fine di identificare: la componente nemaspermica e la componente non nemaspermica.

I più importanti parametri di riferimento dello spermioγραμμα (WHO 2010) sono:



(spermatozoi)

Volume eiaculato ml > 1.5

Conta totale spermatozoi/ eiaculato > 39 milioni

Concentrazione nemaspermica/ml > 15 milioni/ml

Motilità totale (progressiva + non progressiva) > 40%

Motilità progressiva > 32%

Vitalità (spermatozoi vivi) > 58%

Morfologia > 4%

pH > 7.2

Leucociti < 1×10^6 /ml

Nel liquido seminale le anomalie che più frequentemente si possono evidenziare sono: un basso numero di spermatozoi (oligozoospermia), l'assenza totale di spermatozoi (azoospermia), ridotta motilità (astenozoospermia), alterazioni della forma (teratozoospermia). Parlando di terapia, l'obiettivo del trattamento è quello di migliorare la qualità del seme del paziente. Il trattamento della causa dell'infertilità maschile può determinare un aumento di probabilità di concepimento naturale, laddove ciò non avvenga o non sia possibile serve comunque a migliorare la probabilità di successo delle tecniche di Procreazione Assistita. La terapia farmacologica è finalizzata a correggere quelle alterazioni che hanno

determinato l'infertilità non esistendo una terapia univoca che aumenti la concentrazione degli spermatozoi e ne corregga le anomalie di forma. Ad esempio determinati ormoni vengono utilizzati con successo per combattere l'ipogonadismo ipogonadotropo (caratterizzato da didimi ipotrofici e livelli bassi di FSH). Antibiotici ed antinfiammatori si usano nella terapia delle infezioni del testicolo e della prostata e gli antiossidanti che si utilizzano per migliorare la qualità dello spermatozoo. Nel caso in cui l'infertilità sia legata a patologie non suscettibili di approccio medico interviene la chirurgia; questa è finalizzata alla risoluzione delle patologie come il varicocele, l'ostruzione delle vie genitali, cisti o malformazioni dell'utricolo prostatico. Se nonostante tali approcci le caratteristiche dello sperma non migliorano a tal punto da determinare il concepimento, oggi possono essere intraprese le tecniche di recupero degli spermatozoi che mirano alla risoluzione della forma patologica definita come Azoospermia. Tale forma a sua volta si può suddividere in Azoospermia secretiva (caratterizzata da atrofia testicolare ed elevati livelli di FSH) e Azoospermia ostruttiva (livelli di FSH normali e normale trofismo del testicolo). La forma congenita principale di azoospermia ostruttiva è l'assenza bilaterale dei dotti deferenti CBAVD. Le tecniche più comuni di recupero degli spermatozoi dall'epididimo e dal testicolo sono: TESA (Percutaneous Testicular Sperm Aspiration). TESE (Testicular Sperm Extraction),

MESA (Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration), PESA (Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration). Occorrono informazione, prevenzione e comunicazione. Essere informati è fondamentale per una corretta prevenzione e per prendersi cura del proprio benessere sessuale ma soprattutto consultando fonti d'informazione sicure e attendibili. Prendiamo atto che anche la scuola possa essere, oltre l'ambulatorio medico, il posto giusto per parlare di argomenti andrologici, per fare counselling, per ascoltare e far acquistare fiducia pur nella riservatezza di ciascuno. Certamente la scuola è il luogo deputato per eccellenza per diffondere messaggi educativi su stili di vita salutari indirizzati soprattutto ai nostri giovani, per tanti motivi fragilissimi anche dal punto di vista riproduttivo e sessuale. L'abolizione della leva militare obbligatoria (nel 2005) è stata accolta con molto entusiasmo da giovani e famiglie, in quanto fastidiosa perdita di tempo, ma aveva sicuramente un pregio: quello di costringere tutti i ragazzi a sottoporsi, spesso per la prima volta, ad una visita medica. Quest'ultima per quanto frettolosa ed approssimativa, consentiva spesso di individuare patologie anche serie, fino a quel momento completamente ignorate dai diretti interessati. In conclusione un giovane su tre in Italia è a rischio di infertilità, ma della tematica se ne parla ancora molto poco è auspicabile che medici specialisti del settore (attraverso campagne di prevenzione andrologica) nonché i medici di medicina generale ed i pediatri riprendano in mano questo importante problema per individuare precocemente patologie che inficiano negativamente sulla salute riproduttiva dei nostri giovani.



(testicular sperm extraction)

Bibliografia :

- 1) Spira A. Epidemiology of human reproduction . Human reprod, 1986; 1 111-5
- 2) World Health Organization. WHO laboratori manual for the examination and processing of human semen . 5th ed. Geneva, 2010
- 3) Trombetta C. et al. Pregnancies after varicocele correction. A study of male partners up to find predictive factors. Proc. II Joint Meeting E.S.H.R.E (European Society of Human Reproduction and Embryology) E.S.C.O (European Sterility Congress Organization) Milano, 1990



CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE Ospedale di Foligno

Dott. Antonio Montanari

Cari Colleghi,
in uno degli ultimi numeri del Bollettino, ho presentato un importante presidio: il **Centro Odontoiatrico Universitario**, diretto dal prof. Stefano Cianetti, un Servizio, nato da poco tempo, ma già molto conosciuto in ambito perugino e non solo.

Questa volta voglio portare all'attenzione Vostra e dei pazienti un altro importante centro "pubblico" per la tutela e salvaguardia della salute dei cittadini: il **Servizio di Chirurgia Maxillo Facciale dell'Ospedale di Foligno**.

Questo nosocomio, terzo per importanza nella regione, annovera difatti tra i suoi reparti specialistici la C.M.F., nata nel 1997, come evoluzione dell'originario reparto di Odontostomatologia, diretto dal dott. Franco Aliventi, Maestro di moltissimi odontoiatri folignati e non solo, tra cui il sottoscritto, e pioniere di questa branca specialistica. Oggi nella Maxillo operano i dottori Marco Falchi, allievo di Aliventi, ed Alessandro Moro, giunto dal 2010 da La Cattolica di Roma. Entrambi non svolgono attività professionale extra-moenia.

Mi piace infine evidenziare come la M.F. di Foligno sia uno dei centri di riferimento ANDI per la prevenzione e cura del carcinoma del cavo orale e per l'Oral Cancer Day.

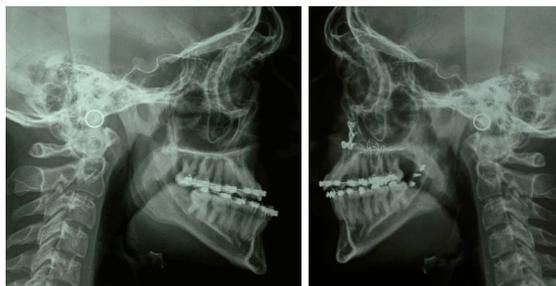
Per presentare meglio il Servizio, ho

rivolto loro alcune domande.

D: di cosa vi occupate e a chi vi rivolgete?

R: la S.S.D. svolge attività sia su patologie maxillo facciali propriamente dette riguardanti l'oncologia, le patologie non tumorali dei mascellari come le cisti, la traumatologia, i dismorfismi cranio-facciali, il trattamento chirurgico e ricostruttivo delle atrofie mascellari non tralasciando però la chirurgia orale come l'exodontia dei denti inclusi, le apicectomie, l'implantologia su casi selezionati.

Vengono seguiti Pazienti che necessitano di interventi di Chirurgia Orale, come per esempio Pazienti con lesioni cistiche, neoformazioni dei mascellari, inclusioni dentali, Pazienti non collaboranti con gravi patologie sistemiche o con condizioni di salute gravemente compromesse che debbano essere sottoposti a terapie estrattive.



Progenismo: Rx pre e postoperatorie

Vengono trattati anche Pazienti con edentulia totale o parziale e atrofia dei mascellari, nei quali il trattamento implantoprotetico convenzionale non sarebbe possibile o sarebbe gravato da elevati rischi di insuccesso; in tali circostanze vengono effettuate ricostruzioni del sistema alveolobasale utilizzando innesti di osso autologo, normalmente prelevato a livello intraorale, concentrati piastrinici autologhi e tecniche implanto-protetiche guidate.

L'obiettivo di questi interventi è quello di consentire all'Odontoiatra di applicare impianti in un sistema alveolobasale adeguato per morfologia e dimensioni o effettuare riabilitazioni protesiche su impianti, quando la fase implantare venga effettuata in Ospedale.

Altro settore di rilevante interesse è quello dei pazienti con esiti di schisi labioalveolopalatine che presentano problemi di malocclusione, malformazione dentoscheletrica o deficit estetici legati alla patologia di base, spesso non adeguatamente valutati.

Questi pazienti necessitano di numerose competenze specialistiche e di terapie integrate le quali, per garantire buoni risultati, devono essere ben coordinate durante la fase di crescita e sino al completo sviluppo facciale.

Ci occupiamo pure dei cosiddetti "special needs", ovvero Pazienti che necessitano di bonifiche del cavo orale ma che, a causa delle loro condizioni di salute (cardiopatie gravi, coagulopatie, cerebropatie acquisite, disabilità, ecc.) debbono essere trattati in ambiente protetto.

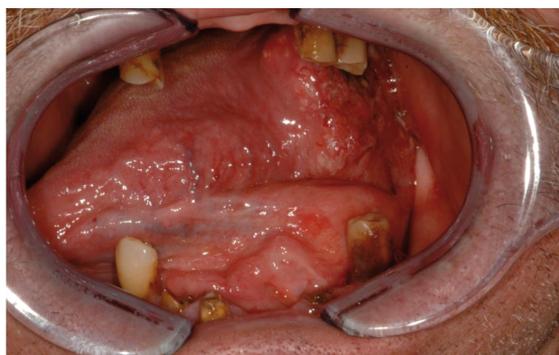
Nell'ambito oncologico vengono trattati pazienti con tumori odontogeni dei mascellari e pazienti affetti da cancro del cavo orale. In fase chirurgica il carcinoma



Patologia cistica dei mascellari: Rx preoperatoria



Carcinoma del cavo orale



Carcinoma del cavo orale



Carcinoma del cavo orale

del cavo orale viene affrontato, a seconda delle necessità, in collaborazione con i Colleghi ORL, Plastici e Vascolari.

D: come siete organizzati?

R: svolgiamo la nostra attività presso l'Ospedale di Foligno (piano terra) dedicando due giorni alle prime visite (lunedì e mercoledì mattina mediante prenotazione C.U.P.), un giorno alla sala operatoria (martedì) e due giorni alla chirurgia ambulatoriale (giovedì e venerdì) utilizzando a seconda delle necessità anestesia generale, sedazione o anestesia locale.

D: state seguendo progetti particolari?

R: sì, collaboriamo ad uno studio multicentrico per la diagnosi precoce del carcinoma del cavo orale con lo scopo di migliorare la prognosi quoad vitam di tale patologia, attualmente gravata da una mortalità del 50% a 5 anni.

Per tale scopo, nella attesa di poter istituire percorsi dedicati, chi ha necessità può telefonare tutte le mattine fino alle ore 13,00 allo 0742.3397061 per prenotare una visita che sarà effettuata al più presto.

D: So che avete trattato anche casi particolarmente complessi; potete citare alcuni esempi?

R: fra i casi complessi dal punto di vista chirurgico rientrano certamente i traumatismi dell'estremo cefalico che, soprattutto se derivanti da incidente stradale, possono associarsi ad altre gravi lesioni traumatiche.

In questo ambito un ruolo preminente ha la terapia intensiva, con la quale si integrano le competenze chirurgiche coinvolte nella gestione del



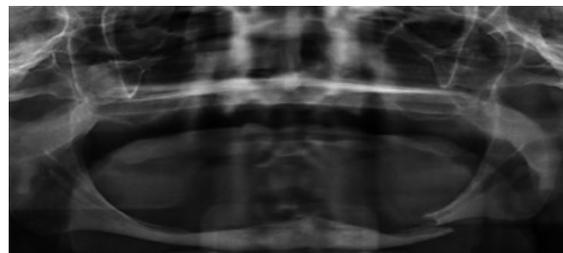
Frattura del mascellare: Rx postoperatoria

paziente politraumatizzato.

In linea di principio il trattamento chirurgico dei traumi dell'estremo cefalico deve essere il più precoce possibile. Con relativa frequenza, invece, le lesioni del massiccio facciale vengono considerate in subordine rispetto ad altri distretti corporei e trattate tardivamente, aumentando così il rischio di esiti da malconsolidamento.

Gli esiti dei traumi facciali, sia in senso estetico che funzionale, non sono infrequenti; possono residuare alterazioni dentali, occlusali, a carico dell'articolazione temporomandibolare, a carico della motilità oculare e difetti estetici del distretto facciale.

La correzione di tali problematiche per il pieno recupero estetico e funzionale può richiedere l'esecuzione di diverse procedure chirurgiche secondarie, molte delle quali evitabili con un conveniente trattamento precoce.



Frattura della mandibola: Rx preoperatoria



Pene più severe per chi si finge dentista - il Senato approva il D.d.L. Marinello contro l'abusivismo

Soddisfazione del Presidente ANDI

“Finalmente, è da tanto tempo che aspettiamo questo momento, spero che anche gli Onorevoli alla Camera facciano la loro parte ed approvino celermente il testo licenziato dal Senato trasformandolo definitivamente in legge e scrivendo la parola fine ad una battaglia che ANDI porta avanti da 60 anni”.

Commenta così il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada la notizia dell'approvazione all'unanimità da parte del Senato del D.d.L. n. 471, recante modifiche al codice penale e al testo unico delle leggi sanitarie in materia di esercizio abusivo delle professioni.

“Sapere che il D.d.L. porta come prima firma quella dell'amico e collega Sen. Giuseppe Marinello, già tesoriere nazionale ANDI, mi dà ancora più soddisfazione e l'azione sinergica sui politici amici effettuata da ANDI e CAO nel sostegno del disegno di legge ancora una volta è risultata vincente”, continua Prada.

“Certo avremmo preferito che l'esercizio abusivo di una professione sanitaria venisse punito con pene più severe e distinte dalle altre attività, ma rispetto la decisione dei Senatori di

voler considerare sullo stesso piano tutte le professioni regolamentate. Comunque rimangono le aggravanti per chi cagiona lesioni ed il sequestro delle attrezzature, come da sempre ANDI richiede”.

Il D.d.L. approvato prevede che chiunque eserciti abusivamente una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dallo Stato sia punito con la reclusione fino a due anni e con la multa da 10.000 a 50.000 euro. La condanna comporta la confisca delle attrezzature utilizzate.

Nel caso di esercizio abusivo di una professione o arte sanitaria, la pena per lesioni gravi è la reclusione da sei mesi a due anni; la pena per lesioni gravissime è da un anno e sei mesi a quattro anni di reclusione. La conferma che la norma approvata sia un passo importante verso la tutela della salute degli italiani arriva anche dal Sottosegretario di Stato per la giustizia Cosimo Ferri, che ha evidenziato in Aula che l'obiettivo del provvedimento è proprio quello di tutelare la salute dei cittadini, considerato che le attuali sanzioni per l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie sono assolutamente inadeguate.

Se sei uno studente di odontoiatria che sta terminando il corso di studi e sta quindi per affacciarsi al mondo della Professione, devi tener necessariamente conto di questa data

13 agosto 2014

scelta l'obbligatorietà dell'Associazione di Responsabilità Civile Professionale per tutti i Professionisti.

**CONVENZIONE ANDI CATTOLICA
RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE
MEDICO DENTISTA ODONTOIATRA**

ATTIVITÀ ODONTOIATRICA ASSICURATA - GRADO CRESCENTE DI RISCHIO MENSUALE € 5.400,00 ANNUALE € 64.800,00			
Senza interventi di Implantologia e attività pediatrica			
costo base:	A	700,00	8400,00
scatto 10% studio associato:	A1	875,00	10500,00
Con interventi di Implantologia-Osteointegrata e attività pediatrica			
costo base:	B	900,00	10800,00
scatto 10% studio associato:	B1	1075,00	12900,00
Con interventi di Implantologia in flusso e attività pediatrica			
costo base:	C	1.050,00	12600,00
scatto 10% studio associato:	C1	1.225,00	14700,00

ATTIVITÀ ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MENSUALE € 1.050,00,00
Senza interventi di Implantologia	A	840,00
Con interventi di Implantologia Osteointegrata	B	1080,00

ANDI ha la risposta per Te, anzi ha la **MIGLIORE RISPOSTA PER TE** poiché la Polizza RCP Odontoiatri in convenazione con la Compagnia Cattolica Assicurazioni ha le migliori condizioni presenti sul mercato. Non limitarti al solo importo del premio, certamente importante, ma leggi bene le clausole del contratto assicurativo, valutate attentamente e considera che questa copertura ti deve accompagnare per tutta la tua vita lavorativa e quindi devi porre la giusta attenzione alla solidità ed all'affidabilità della Compagnia che si assume il rischio, ma anche al supporto che la più importante Associazione di Categoria ti può dare ora e ti potrà dare nei prossimi anni.

SCONTO PER I PRIMI 2 ANNI DI ATTIVITÀ'

Possono usufruire dello sconto i neolaureati, che svolgono attività professionale esclusivamente sul territorio italiano e solo in qualità di collaboratori presso strutture o studi odontoiatrici di terzi.

ORIS BROKER è al servizio del sod ANDI per i loro problemi assicurativi professionali, gestisce non solo le adesioni alla convenazione ANDI-CATTOLICA ma fornisce anche l'assistenza in caso di sinistro non solo ed in modo sostanziale attraverso le rete dei propri fiduciari che sono dentisti come Te.

Visita il sito www.andi.it per acquisire tutte le informazioni necessarie



Guardiamo lontano per raccontarvi il futuro

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

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

www.carifac.it



**CASSA DI RISPARMIO DI
FABRIANO E CUPRAMONTANA**
GRUPPO VENETO BANCA