



Bollettino

04-2014

01-2015

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 04/2014 - 01/2015



Duomo, Spoleto PG

i n d i c e

ORGANIZZAZIONI : VITAMINA D
EMPATICHE A
GEOMETRIA
VARIABILE

pag. 3:

pag. 11:

INTERVISTA AL
PROF. B.FALINI

pag. 20:

RELAZIONE DEL
TESORIERE

pag. 25:

RELAZIONE DEL
PRESIDENTE

pag. 31

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 04/2014 - 01/2015

Sommario

ORGANIZZAZIONI EMPATICHE E GEOMETRIA VARIABILE	3
DEMENZA SENILE	6
VITAMINA D A CHI PRESCRIVERE SUPPLEMENTI. QUALE METABOLITA. QUALE POSOLOGIA	11
A PROPOSITO DI RSA	18
L'EMATOLOGO BRUNANGELO FALINI PREMIATO DAL PRESIDENTE GIORGIO NAPOLITANO PER I SUOI STUDI INNOVATIVI SULLE LEUCEMIE	20
DALLA INCIDENZA ALLA QUALITA' DELLA VITA: BREVE STORIA DI ALCUNI INDICATORI	23
RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2013, ASSETTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2014, BILANCIO PREVENTIVO 2015	25
CRONACA ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEL 14/12/2014	31
LA CONSEGNA DELLE MEDAGLIE 50 ANNI DI LAUREA	40
LA CONSEGNA DEI PREMI DI LAUREA INTITOLATI ALLA MEMORIA DEL DOTT. DOMENICO TAZZA	44
8° CONGRESSO REGIONALE A.N.D.I. UMBRIA 20-21 MARZO 2015	46

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

RESIDENTE:

Dott. Graziano CONTI

VICE PRESIDENTE

Dott. Valerio SGRELLI

TESORIERE

Dott. Antonio MONTANARI
(Consigliere Odontoiatra)

SEGRETARIO

Dott. Stefano LENTINI

CONSIGLIERI

Dott. Mario BERARDI

Dott.ssa Patrizia BODO
Dott. Stefano CARAFFINI
Dott.ssa Cristina CENCI
Dott.ssa Alfredo CRESCENZI
Dott. Stefano CUSCO
Dott. Andrea DONATI
(Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare FIORE
Dott.ssa Alessandra FUCA'
Dott. Francesco GIORGETTI
Dott. Gian Marco MATTIOLI
Dott. Tiziano SCARPONI
Dott. Massimo SORBO

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Dott. Andrea DONATI

COMPONENTI

Dott. Leonardo CANCELLONI
Dott.ssa Claudia GIANNONI
Dott. Antonio MONTANARI
Dott. Ezio POLITI

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE

Dott. Gianluigi ROSI

EFFETTIVI

Dott. Giovanni Battista GENOVESI
Dott. Oreste Maria LUCHETTI

SUPPLENTE

Dott. Primo PENSI

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
Dott. Giuseppe Quintaliani
Prof. Fausto Santeusano
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Antonio Tonzani
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



ORGANIZZAZIONI EMPATICHE E GEOMETRIA VARIABLE

Dott. Tiziano Scarponi

Ci sono giornate in cui il ritmo lavorativo è talmente incalzante che è impossibile lasciare qualche spazio per riflettere e meditare su quello che stai facendo. I pazienti si susseguono, siedono, parlano, piangono, si alzano e vanno via. Io li guardo, li ascolto, li osservo, li visito, consiglio e prescrivo. Altre volte il ritmo è più lento. Gli stessi pazienti ritornano, si siedono di nuovo, parlano di nuovo.....li ascolto, li osservo e mentre raccontano, la mia riflessione che dovrebbe essere essenzialmente clinica si trasforma, cambia. La mia attenzione si distoglie dai sintomi, le parole del paziente cessano di risuonare ed è come se stessi vedendo un film muto. Vedo gesti, vedo sguardi preoccupati, vedo smorfie e sorrisi, vedo dolore, vedo vite che si dispiegano e che cercano un aiuto, un avvallo, una assicurazione, una speranza.

Il primario dell'ospedale toscano dove ho avuto la mia prima esperienza di lavoro ripeteva sempre: "Il bravo medico è quello che nel mare delle sciocchezze che il paziente ti racconta è in grado di pescare quelle due o tre parole *bone* che ti indirizzano verso la diagnosi".

Mio caro primario! Non nascondo che

per un po' di tempo, forse anche troppo lungo, ti ho dato retta. Tutto quello che il paziente diceva, veniva preso da me con le "molle", veniva in un certo qual modo tutto filtrato e passato al vaglio del parametro clinico e scientifico con l'unico obiettivo di una diagnosi, ma ben presto mi sono accorto che, se questo è indispensabile, è altrettanto vero che non è tutto. In ospedale forse e per un problema acuto, un approccio riduzionistico, vale a dire basato solo sui sintomi e segni ha una sua logica ed una sua funzione indiscussa, ma nel territorio, per la patologia cronica la musica cambia e devono essere suonati anche strumenti diversi.

Quante volte mentre ascolto le narrazioni dei miei pazienti, lamamente si ferma a considerare e a riflettere su quanta discrepanza esista fra come "dovrebbe essere" una malattia e come invece i pazienti la vivono e la raccontano. Com'è possibile che Mario che presenta un quadro radiologico di una colonna vertebrale disastrosa mi dica con tranquillità che: "Sì, dottore, ho qualche doloretto, ma alla mia età è più che normale!". Antonia invece che ha un rachide perfetto, sta sempre a marcare visita perché non ne può più dai dolori.

Riccardo di 91 anni pretende di ripetere dopo due mesi il dosaggio del PSA che non arriva a 1 ng/ml, Paolo di 53 anni, invece, con un valore di 6,23 ng/ml non ne vuole sapere di approfondire il problema. C'è poi Luisa che viene a torturarmi quasi settimanalmente per ogni minima "macchiolina" della pelle mentre Sergio viene a farmi vedere le gambe perché "gli danno prurito" da qualche mese e mi offre in visione un quadro di dermatite pustolosa la cui vista mi rovina la giornata. Perché queste differenze? E' possibile trovare delle risposte adeguate per tutti? Risposte che sappiano coniugare scientificità con il "prendersi cura" in maniera personalizzata senza essere invadenti o sfuggenti?

Ho appena finito di leggere un breve saggio della Collana dei Quaderni della Complessità:

"Arrivederci salute, a presto" dei colleghi medici di famiglia Stefano Ivis e Maria Assunta Longo e della psicologa Alessandra Mattiola. Le pagine non sono tante, ma gli stimoli e le sollecitazioni invece sono tantissime. Partendo da alcune storie vere e esaminando la criticità del sistema sanitario attuale, gli autori si pongono l'obiettivo di *"diminuire il divario esistente sul tema della salute tra vita reale e vita virtuale, intesa non come illusoria o fantastica ma ideale e possibile"*. Preso atto della differenza fra medicina ospedaliera e territoriale e del decreto Balduzzi che dà l'avvio alla riorganizzazione delle cure primarie, della crescente complessità che sta investendo i sistemi sanitari, gli Autori propongono un modello teorico-pratico flessibile chiamato "

organizzazione empatica a geometria variabile". Ricordo che a geometria variabile in ingegneria meccanica si definisce un motore capace di regolare la potenza e i consumi a seconda delle necessità. Tale modello, a bassa gerarchia, si adatterebbe bene al contesto socio-economico italiano del momento e il suo strumento operativo peculiare è quello dell'ascolto attivo sia in chiave di rapporto medico e paziente che in chiave organizzativa." *Nelle organizzazioni empatiche infatti l'intreccio dell'aspetto relazionale e operativo è un obiettivo primario esplicito.....L'organizzazione empatica in modo congruente si prende cura a 360° di tutti gli attori, favorendo le capacità di ascolto e di problem solving dei suoi professionisti, riconoscendo così il benessere/malessere lavorativo e la soddisfazione/insoddisfazione di tutti. In una dimensione ecologica, i sistemi assistenziali sanitari e sociali diventano sostenibili se sobri. Le organizzazioni che ascoltano e dedicano tempo all'aspetto educativo rendono gli utenti più soddisfatti e competenti, in grado di ricorrere all'organizzazione giusta al momento giusto. Indispensabili sono le abilità a riconoscere il bisogno, a creare trasparenza informativa, a valorizzare le buone pratiche di try & learn (prova & impara).*

Ovviamente ci troviamo di fronte a un modello organizzativo di cui sono stati ipotizzati i principi generali e pertanto dovrà esserne studiata e sperimentata l'applicabilità e la riproducibilità nei vari contesti territoriali e solo dopo potremo valutarne gli indicatori e quindi gli esiti.

La filosofia di partenza, però, è di

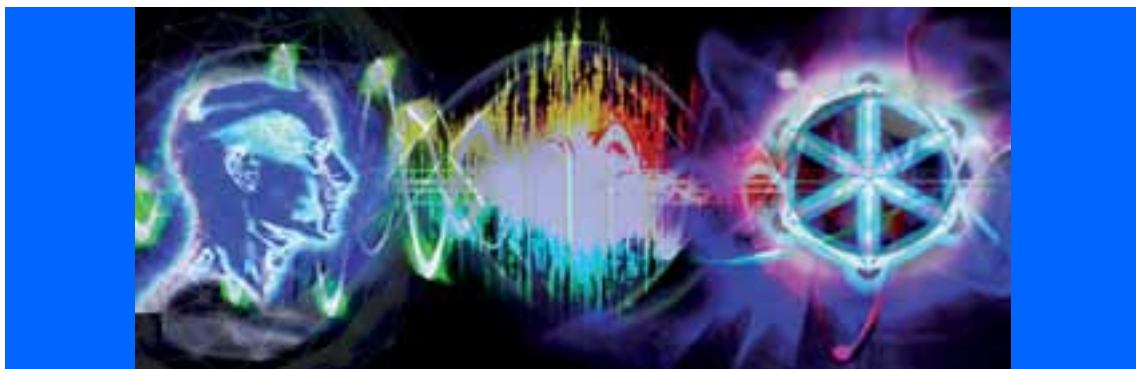
indiscusso valore.

Mentrestoscrivendomiritornadinuovo in mente il mio primario toscano a cui erano sufficienti tre parole bone per ipotizzare una diagnosi, ma, aggiungo io ,non certo per “comprendere” il paziente, per focalizzare la sua e la propria *weltanschauung*. Anzi, se a distanza di quasi quaranta anni, vado a rivisitare le immagini di quello che accadeva in quell'ospedale, mi vengono i brividi a ricordare volti, episodi, persone “comprese” dalla “visione del mondo” di quel primario di cardiologia: sportelli dei comodini del letto dei pazienti aperti con una brusca manata e senza permesso per cercare cibarie e dolciumi, le prove insomma del mancato raggiungimento dei giusti valori di glicemia e colesterolo. Infermieri e noi medici giovani terrorizzati se non capivamo “ al volo” quello che lui pensava, ma soprattutto il tono autoritario e i *berci* nell' apostrofare i pazienti per i loro stili di vita o la loro non aderenza ai consigli o prescrizioni terapeutiche. Mio caro primario, da te ho senza dubbio imparato molto per fare una diagnosi corretta, per impostare una metodologia clinica, ma il prendersi cura di un essere

umano è un'altra cosa! Non capivi, ma quelli erano i tempi, che le tre parole bone hanno un valore molto limitato e soprattutto non è vero che il paziente riferisce un mare di sciocchezze. Non capivi che il raccogliere un'anamnesi non è solo il raccogliere delle notizie in modo monodirezionale, ma vuol dire partecipare in maniera attiva alla costruzione del racconto dell'esperienza di malattia.

Come ho scritto da un'altra parte, ritengo che ogni medico, ogni operatore sanitario debba avere la consapevolezza che, per arrivare alla comprensione della storia e pertanto alla comprensione del paziente, sia necessario partecipare con tutto se stesso e capire come la malattia risulti alla fine come “un testo” da interpretare, nel senso ermeneutico del termine, per cui il medico diventa a sua volta un co-autore e tutto questo attraverso il linguaggio che pertanto “ **non descrive la realtà ma la costruisce**”(Gadamer U.G.).

Quindi, caro primario, non solo una medicina basata sulla evidenza, ma anche una medicina basata sulla narrazione, ma soprattutto assolutamente no a una medicina basata sull'invadenza e l'arroganza.





DEMENZA SENILE

Fabrizio Poeta

*Servizio di Cardiologia Diagnostica e Riabilitativa
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 Perugia*

Dati epidemiologici e demografici configurano la demenza quale “malattia sociale” a progressione epidemica nei Paesi dove l’indice di invecchiamento è più elevato. Il numero dei casi di demenza è destinato ad aumentare con la crescita della popolazione anziana, che entro il 2030 è prevista essere il 230% rispetto ad oggi. Studi americani mostrano che il 25% delle persone di età superiore ai 75 anni e circa il 40% di quelle con più di 80 anni sono affette da demenza. In uno studio italiano è stato stimato che il numero di nuovi casi di demenza nel 2020, sarà circa 580.000.

La demenza rappresenta un problema rilevante dal punto di vista epidemiologico: quasi l’11% degli ultrasessantacinquenni e circa il 21% degli ultraottantenni che risiedono al proprio domicilio, manifestano un grado variabile di deterioramento delle funzioni cognitive. La prevalenza della demenza raddoppia ogni cinque anni dopo i 60 e tra gli anziani istituzionalizzati è stimata dal 60 all’80%. Sulla base delle proiezioni delle Nazioni Unite relative alla popolazione mondiale fino al 2050, il numero di persone affette da demenza senile aumenterà dai 25,5 milioni nel 2000 a 63 milioni nel 2030,

fino a 114 milioni nel 2050.

Circa 4-5 milioni di americani (il 2% di tutte le età e il 15% di quelli di età > 65 anni) presentano qualche forma e grado di insufficienza cognitiva. L’insufficienza cognitiva è la disfunzione o perdita delle funzioni cognitive, che sono i processi mediante i quali la conoscenza viene acquisita, ritenuta e utilizzata.

Con il termine demenza senile si indica una sindrome caratterizzata da una diminuzione delle prestazioni cognitive quali la memoria, la logica e il linguaggio, tale da compromettere le abituali attività quotidiane (lavoro, hobby, interessi) e le relazioni interpersonali.

La demenza coinvolge difetti progressivi della sfera cognitiva, con deterioramento della cognizione e della memoria (autobiografica, politica ecc.). Di solito la storia risale a mesi o anni. Aumenta la perdita dei ricordi e le normali attività della vita quotidiana (ADL/Activities of Daily Living) vengono svolte con incongruenza crescente. Il paziente sembra aver cambiato personalità, è più apatico, stranamente scortese o depresso, pronuncia parole con lentezza (bradilalia) prive di significato e frasi ripetitive. Risultano com-

promesse in modo specifico le aree di funzione superiore, come l'eloquio (afasia), l'attività motoria (aprassia), l'interpretazione dello stimolo sensoriale (agnosia), i criteri di giudizio, la memoria a breve termine, la personalità, il comportamento e possono essere anche presenti sintomi neurologici focali quali ad es. anomalie dell'andatura e crisi comiziali. Per avere evidenze obiettive è necessario effettuare i test delle funzioni cognitive (test di informazioni-memoria-concentrazione per la demenza/Dementia Information-Memory-Concentration Test). I criteri per la demenza del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), comprendono la compromissione della memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva (linguaggio, percezione, capacità visuo-spaziale, calcolo, critica, pensiero astratto, capacità di risolvere i problemi). Spesso sono compromesse molte o tutte queste capacità.

Probabilmente gli interventi preventivi sono più efficaci se attuati precocemente e la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) e/o la Tomografia a Emissione di Positroni (PET), possono predire un deterioramento o una demenza in soggetti con apparenti normali capacità cognitive.

Lo stress derivante dall'assistenza continua a una persona affetta da demenza è molto forte e può influire negativamente anche sulla salute fisica e psichica dei parenti e/o dell'assistente (sindrome da burnout).

Le demenze sono suddivise in quelle con presentazione corticale (demenze primarie), di cui il morbo di Alzhei-

mer è il prototipo e quelle con presentazione sottocorticale, il cui prototipo è la demenza vascolare.

Nel 50-65% dei casi la demenza senile è dovuta alla **Malattia di Alzheimer**. Si tratta di una patologia progressiva che è circa il doppio più frequente nelle donne rispetto agli uomini e prende il nome da Alois Alzheimer, il neurologo tedesco che nel 1906 la identificò per la prima volta.

Nella demenza di Alzheimer si riscontra spopolamento neuronale nella corteccia cerebrale, nell'ippocampo e nelle strutture sottocorticali (compresa una selettiva perdita cellulare nel nucleo basale di Meynert), nel locus caeruleus e nel nucleo del rafe dorsale. Come individuato dalla Tomografia a Emissione di Positroni (PET), in alcune aree dell'encefalo il consumo di glucosio e la perfusione cerebrale sono ridotti (corteccia del lobo parietale e temporale nelle fasi iniziali della malattia, corteccia prefrontale nelle fasi tardive); si ignora se tale riduzione preceda o segua la morte cellulare.

Svolgono un ruolo importante nella patogenesi del morbo di Alzheimer le placche neuritiche o senili, composte da neuriti, astrociti e cellule gliali disposti intorno a un nucleo amiloide e le aggregazioni neurofibrillari a vortice, composte da filamenti elicoidali accoppiati. Le placche senili e le aggregazioni neurofibrillari sono normalmente presenti nell'invecchiamento cerebrale, ma sono molto più prevalenti in coloro che sono affetti da morbo di Alzheimer.

Nel morbo di Alzheimer sono presenti specifiche anomalie proteiche. Si ri-

tiene che la proteina β -amiloide contribuisca alla patogenesi della malattia. La ricerca attuale sta tentando di determinare se l'amiloide rappresenti una causa tossica del declino cognitivo o se essa, invece, costituisca una reazione biologica o un fenomeno secondario. Le apoproteine E, prodotte nell'encefalo e nel fegato, influiscono su molti processi cerebrali, come il deposito di amiloide, l'integrità del citoscheletro e l'efficacia della riparazione neuronale. Il ruolo dell'apoproteina E

età. L'incidenza può essere diminuita in coloro i quali presentano l'allele ϵ 2. Molte proteine risultano aumentate in modo anomalo nell'encefalo e compaiono nel liquor. Non è certo se esse siano agenti causali o se siano invece i markers della malattia. Tra queste la proteina tau, di origine neurofibrillare, ha un'alta specificità ma una bassa sensibilità nell'identificare una demenza come morbo di Alzheimer. La colina acetiltransferasi è notevolmente ridotta, con conseguente ridotta disponibi-



nel morbo di Alzheimer è sempre più certo. La proteina presenta tre forme alleliche denominate ϵ 2, ϵ 3 e ϵ 4, con conseguenti sei genotipi: ϵ 2/ ϵ 2; ϵ 2/ ϵ 3; ϵ 2/ ϵ 4; ϵ 3/ ϵ 3; ϵ 3/ ϵ 4 e ϵ 4/ ϵ 4. Il rischio per il morbo di Alzheimer è aumentato nelle persone con due alleli ϵ 4, che svilupperanno più probabilmente la malattia tra i 60 e i 75 anni di

età di acetilcolina.

Le principali alterazioni del comportamento sono l'aggressività verbale e fisica, l'agitazione psicomotoria, il girovagare (wandering) e il negativismo. Le manifestazioni psichiatriche più frequenti sono rappresentate dalla sindrome ansioso-depressiva e dalle reazioni paranoide. Le psicosi vere (pa-

ranoia, illusioni e allucinazioni) sono presenti in circa il 10% dei pazienti affetti da morbo di Alzheimer. I soggetti possono presentare allucinazioni e deliri. Le allucinazioni sono percezioni in assenza di stimoli esterni, nella demenza sono soprattutto visive. Con il termine deliri si intende la presenza di convinzioni errate della realtà, non facilmente correggibili, che condizionano il comportamento del malato. I deliri più ricorrenti sono di tre tipi: di persecuzione, di ladrocinio o false identificazioni. Nei primi due, il paziente crede che qualcuno gli voglia fare del male o voglia sottrargli i suoi averi. Nel terzo tipo, il più frequente, il paziente può essere convinto che nell'abitazione ci sia un'altra persona; altre volte può non identificarsi nella propria immagine riflessa allo specchio e reagire, pertanto, come di fronte a un estraneo che sia entrato in casa. Molto frequente è l'identificazione della moglie con la propria madre.

Altre complicanze comprendono le cadute, l'incontinenza e lo stato confusionale prevalentemente serotino (sundowning). Disidratazione, infezioni respiratorie spesso "ab ingestis" e infezioni delle vie urinarie con febbre urosettica, possono peggiorare le condizioni cliniche. I farmaci generalmente impiegati per il trattamento del morbo di Alzheimer, specialmente gli antipsicotici, possono provocare alterazioni motorie di tipo parkinsoniano e ipotensione ortostatica. Gli antidepressivi triciclici, con effetti collaterali di tipo anticolinergico, possono essere causa di stipsi, ritenzione urinaria, glaucoma e crisi comiziali. Gli antista-

minici possono peggiorare lo stato confusionale.

La sopravvivenza media è di circa 7 anni.

Altre demenze corticali

Morbo di Pick / Sindromi demenziali del lobo fronto-temporale

Demenze sottocorticali

Demenza vascolare

E' la successiva causa più frequente di demenza dell'anziano, che può anche coesistere con il morbo di Alzheimer. La malattia cerebrovascolare può distruggere il tessuto cerebrale tanto da comprometterne la funzione. La demenza vascolare, con compromissione funzionale legata a singoli infarti in zone critiche o a piccoli infarti multipli, per alterazioni a carico di piccoli o medi vasi, è più comune negli uomini e insorge generalmente dopo i 70 anni. E' presente più spesso nelle persone affette da ipertensione arteriosa, diabete mellito e/o tabagismo. Nel 20% delle autopsie dei pazienti affetti da demenza, si rileva un danno vascolare di grado variabile.

Dal momento che il processo patologico è di tipo infartuale, la demenza vascolare tende a evolvere per episodi: ne conseguono il declino intellettuale e i frequenti deficit neurologici focali, successivi ad ogni episodio (decorso evolutivo intermittente). Negli stadi precoci, la personalità e l'insight (percezione) tendono a essere più

conservati rispetto al morbo di Alzheimer. Con il progredire della malattia, possono insorgere segni neurologici, specialmente emiplegie, paralisi pseudobulbare con riso e pianto patologici e altri segni di disfunzione extrapiramidale.

Demenza associata alla malattia a corpi di Lewy

I corpi di Lewy sono inclusioni neuronali intracitoplasmatiche eosinofile ad anello, classicamente associate al morbo di Parkinson, nel quale vengono rilevate in determinate strutture sottocorticali, in maniera più evidente nella substantia nigra. Sebbene il morbo di Parkinson sia principalmente una malattia motoria extrapiramidale, fino al 40% dei pazienti è affetto da una demenza associata. Questa “demenza sottocorticale” ha caratteristiche cliniche simili a quelle della demenza vascolare.

La demenza dovuta a malattia a corpi di Lewy **diffusi** è stata recentemente riconosciuta come entità distinta: i corpi di Lewy in questo caso si ritrovano in tutto il cervello, corteccia compresa. L'importanza della malattia a corpi di Lewy diffusi è oggetto di discussione; alcune fonti suggeriscono che essa sia la seconda causa più frequente di demenza dopo il morbo di Alzheimer, altre tuttavia la ritengono

meno significativa. Può essere presente lieve parkinsonismo.

Demenza di Binswanger (encefalopatia arteriosclerotica sottocorticale)

E' meno frequente ed è costituita da infarti multipli nella sostanza bianca profonda degli emisferi, associati a ipertensione arteriosa e malattia vascolare sistemica. La RMN e la TC mostrano aree di leucoencefalopatia nel centro semiovale adiacente alla corteccia.



Riferimenti bibliografici

- Oxford Handbook of Clinical Medicine 7th Edition
- www.demenzasenile.com
- Merck Manual 2012
- Merck Manual Geriatrics 2012



VITAMINA D A CHI PRESCRIVERE SUPPLEMENTI. QUALE METABOLITA. QUALE POSOLOGIA

Paolo Filipponi, Associazione Regionale Umbra Osteoporosi, ARUO; Stefano Laureti, Associazione Medici Endocrinologi, AME; Damiano Parretti, Società Italiana Medicina generale, SIMG

La Vitamina D ha un ruolo essenziale nel promuovere la salute dell'uomo, probabilmente non solo quella dell'apparato muscolo-scheletrico, che da sempre è considerato il target principale.

Essa mantiene il trofismo e l'efficienza contrattile dei muscoli. Favorisce l'assorbimento del calcio (Ca) contenuti negli alimenti e quindi è essenziale nel regolare i livelli ematici. Il Ca è essenziale per il buon funzionamento di

a prelevare il Ca dallo scheletro [fig.1; Tab. 1]: questo causa indebolimento delle ossa (osteoporosi) e fratture da fragilità. Quando il deficit di Vitamina D è severo e prolungato nel tempo i livelli serici di Ca possono divenire insufficienti a garantire la completa mineralizzazione del tessuto osseo: questo esita nel rachitismo, se accade in età pediatrica, o nell'osteomalacia dell'adulto.

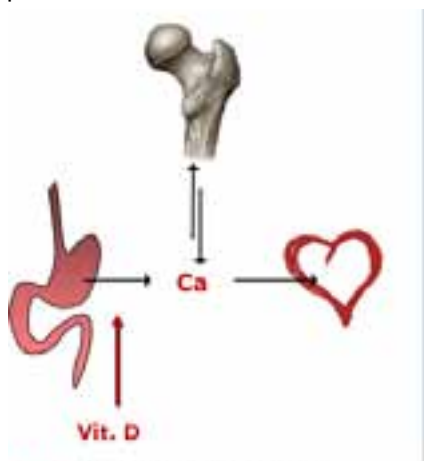
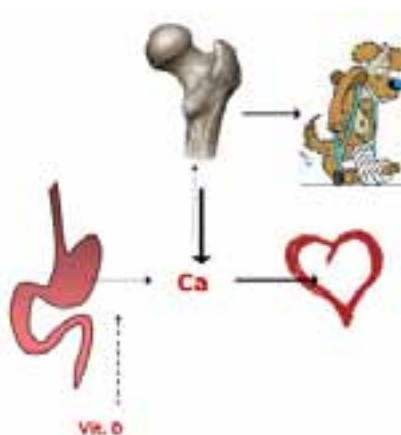


Fig. 1. La Vit. D è necessaria per garantire un buon assorbimento intestinale del calcio. Il Ca è necessario per tutti i nostri organi e per formare il minerale dello scheletro.



Quando l'assorbimento intestinale del calcio è inadeguato a causa del deficit di Vit. D, l'organismo è costretto a prelevare Calcio dallo scheletro.

tutte le cellule; per questo la calcemia è sottoposta ad un rigoroso sistema di controllo. Se l'assorbimento intestinale del Ca non è sufficiente alle esigenze dell'organismo, siamo costretti

Origine della Vitamina D.

La Vitamina D nativa (Vit.D) comprende 2 molecole: il **colecalciferolo** (Vit. D3), che viene sintetizzato dalla cute, e l'**ergocalciferolo** (Vit.D2), prodotto

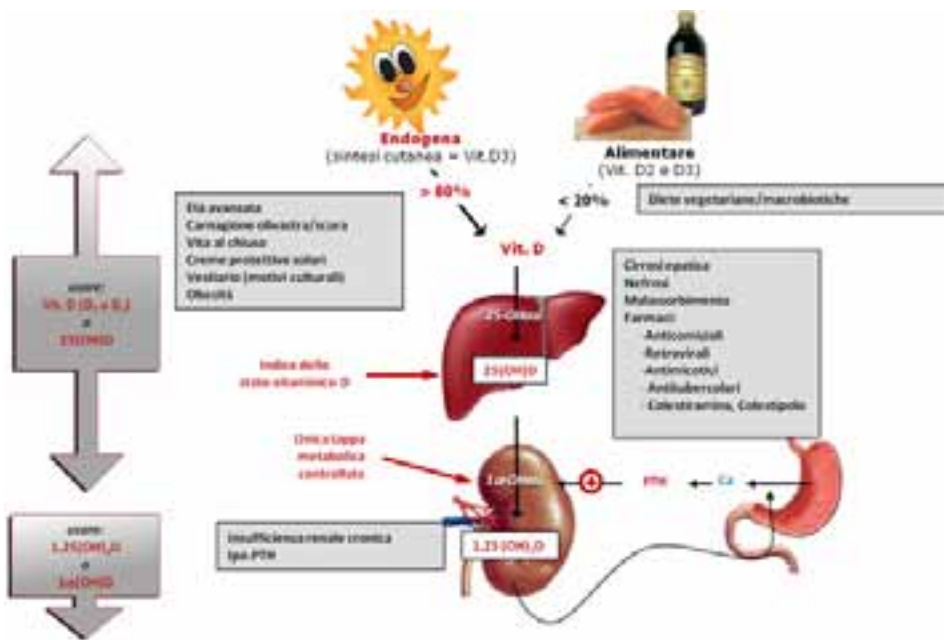


Fig. 2. Sintesi e metabolismo della Vit.D.
 Nei riquadri di colore grigio sono indicate le condizioni in cui vi è un'alterazione del metabolismo della Vit.D.
 I soggetti che albergano tali condizioni sono a rischio di ipovitaminosi-D e quindi candidati a ricevere supplementi.

da alcune piante, in particolare i funghi.

Nell'uomo la principale sorgente è la sintesi cutanea, che copre più dell'80% del fabbisogno. Il contributo dell'apporto alimentare di Vit.D (come quella proveniente dagli oli di pesce o dalle uova o dai pochi alimenti fortificati in commercio in Italia), è del tutto marginale.

La sintesi cutanea avviene grazie alla trasformazione del 7-deidrocolesterolo in Vit. D sotto l'azione dei raggi solari ultravioletti [fig.2]. Oltre i 35° di latitudine Nord (l'Umbria è attorno ai 40°) l'esposizione al sole per ½ ora, dalle ore 10 alle 15, del viso, gambe e braccia garantisce la sintesi di circa 2000-4000 IU. Ma ciò accade solo nei mesi estivi: da ottobre ad aprile alla nostra latitudine la sintesi cutanea di Vit.D è praticamente nulla. Ovviamente la sintesi dipende dal fototipo cuta-

neo ed è totalmente abolita dall'uso di creme solari con un fattore di protezione > di 15. L'efficienza della cute nel produrre Vit.D si riduce con gli anni, per cui gli anziani tendono facilmente alla ipovitaminosi D.

Quale che sia la sua origine la Vit.D necessita di essere attivata. Nel fegato sano la Vit.D viene immediatamente convertita in **25(OH)D (calcifediolo)**, che rappresenta la principale forma circolante. Poiché praticamente tutta la Vit.D prodotta dalla cute o ingerita con gli alimenti viene convertita in 25(OH)D, il dosaggio di questa molecola è il migliore indicatore dello stato vitaminico D. La Vit. D è liposolubile, per cui una certa quantità si deposita nel tessuto adiposo, dal quale viene rilasciata con difficoltà. Questa quantità sottratta dal grasso può divenire notevole se le scorte di adipe sono generose: è per questo che i soggetti obe-

si, pur disponendo di ingenti depositi adiposi, tendono ad essere carenti di Vit. D.

A chi prescrivere supplementi [fig. 2]. Sono soprattutto gli anziani i soggetti a maggior rischio sia di sviluppare un

	25(OH)D, ng/mL (nmol/L x 2,5)
Grave carenza (rachitismo/osteomalacia)	< 10 ng/mL (< 25)
Carenza (osteoporosi)	10 - 19 ng/mL (< 50)
Insufficienza	20 - 29 ng/mL (50 - 72,5)
Ottimale	30 - 100 ng/mL (75 - 250)
Cautela	100 - 150 ng/mL (250 - 375)
Eccessivi	> 150 ng/mL (> 375)

Tab 1. I livelli ematici ottimali di Vit. D [25(OH)D] sono quelli compresi tra 30 e 100 ng/mL. I livelli ≥ 30 ng/mL non si accompagnano mai ad un incremento secondario dell'ormone paratiroidale (PTH). Quando questo si verifica, sta ad indicare che l'organismo ha messo in atto presidi per difendersi da un deficit di calcio.

La completa attivazione della Vit.D si verifica a livello renale, ove viene inserito un secondo idrossile in posizione 1: la $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ prende il nome di **calcitriolo**, ed è l'ormone attivo [fig. 2]. Questo processo è controllato con estremo rigore dai livelli circolanti di Ca: se il Ca tende a ridursi esso segnala al rene, mediante l'ormone paratiroidale (PTH), la necessità di aumentare la produzione di calcitriolo. Questo avviene solo se i reni sono sani e, ovviamente, se le paratiroidi sono in grado di produrre il PTH in risposta alla carenza di Ca. Ma, soprattutto, se vi sono adeguate scorte del precursore 25(OH)D [fig. 2]. Se queste sono scarse [Tab. 1] il PTH aumenta senza riuscire a potenziare la produzione di calcitriolo. Gli elevati livelli di PTH finiscono con il provocare rimozione di Ca dalle ossa per garantirne buoni livelli ematici, e questo è causa di danno scheletrico. Inoltre i muscoli di vengono deboli ed ipotrofici e possono essere dolenti; per cui le cadute si fanno frequenti.

deficit di Vit.D sia di subirne le principali conseguenze in termini di cadute e fratture. I vecchi si espongono poco alla luce solare, mentre dovrebbero farlo in misura maggiore dei giovani, dal momento che la loro cute è poco efficiente nel produrre colecalciferolo. Con l'eccezione di coloro che si espongono regolarmente al sole per motivi di lavoro o per un corretto stile di vita, tutti gli ultra-65-enni dovrebbero ricevere supplementi di Vit.D nell'ordine di almeno 300.000 IU/anno. Le altre categorie sono evidenti da quanto detto in precedenza [fig.2]. È necessario sottolineare come negli ultimi anni accanto agli anziani siano gli adolescenti la seconda categoria ad elevato rischio: gli adolescenti di oggi amano trascorrere il loro tempo libero al chiuso, spesso davanti a un personal computer, sottraendo tempo prezioso per la loro salute. Nell'adolescenza si forma oltre il 50% del patrimonio scheletrico, e quindi il fabbisogno di Ca è più alto che nell'adulto. Da società rurale la nostra è divenuta una

società impiegatizia: molti degli adulti svolgono il proprio lavoro in fabbrica o negli uffici; e quando hanno la possibilità di esporsi al sole lo fanno ben protetti da creme solari, sotto la spinta dei media che hanno enfatizzato il rischio di vari malanni, inclusi i tumori della pelle, legati ad una esposizione solare non protetta da costosissimi filtri solari.

È necessario misurare la Vit.D nel sangue prima di prescrivere supplementi ?

Se si utilizzano i metaboliti non attivi, come la Vit.D nativa (colecalciferolo, D3; o ergocalciferolo, D2) o la 25(OH)D, non è necessario misurare la 25(OH)D circolante prima di prescrivere supplementi. La trasformazione della Vit.D in calcitriolo o avviene solo se è necessario potenziare l'assorbimento intestinale di Ca. Pertanto la somministrazione di metaboliti inattivi, anche se avviene in soggetti che hanno livelli ematici adeguati, non determina un assorbimento intestinale di Ca eccessivo ed incontrollato. Si verifica semplicemente un aumento dei livelli ematici di 25(OH)D, che non viene convertita in calcitriolo. Non è eccezionale che situazioni di questo tipo si verifichino nella pratica quotidiana una persona giudicata carente di Vit. D può non essere tale, ad es. poiché

molti soggetti assumono supplementi di Vit.D, i cosiddetti "integratori", senza che il proprio Medico ne sia a conoscenza. Nei soggetti a cui è stata prescritta una posologia ≥ 2000 IU/die (≥ 600.000 IU/anno) è consigliabile controllare almeno una volta i livelli ematici di 25(OH)D, possibilmente dopo 1 anno dall'inizio del trattamento.

In ogni caso è prudente controllare i livelli ematici ed urinari del Ca, all'inizio, dopo 6 mesi e poi 1 volta l'anno, in tutti coloro nei quali si intende prescrivere supplementi o che già li assumono. Una Calcemia ≥ 11 mg/dl o una Calciuria ≥ 400 mg/14 ore richiede la sospensione dei supplementi e accertamenti per individuarne la causa.

Al contrario il rischio di produrre un sovraccarico di Ca è reale se si usano i **metaboliti già attivi**, cioè che posseggono il gruppo -OH in posizione 1 e che pertanto sfuggono al controllo operato dal nostro organismo sull'attivazione della Vit.D: in pratica se si usano il calcitriolo, 1,25(OH)₂D; o l'1 α -calcidolo, 1 α (OH)D. Con queste molecole è obbligatorio misurare il Ca serico ed urinario all'inizio della terapia; dopo 7 giorni; dopo 30 giorni; e poi, se tutto procede bene, ogni 3-6 mesi. Non ha alcun senso, invece, misurare la 25(OH)D poiché i metaboliti impiegati sono a valle della 25(OH)D e non esercitano alcun effetto sui suoi livelli.

In questi soggetti
potrebbe esservi un deficit di Vit. D

- Adulti con fratture frequenti, in sedi atipiche (ad es. bacino)
- Adulti con osteoporosi inattesa
- Adulti (anziani) con astenia inspiegabile
- Adulti (anziani) con dolori ossei o muscolari ingiustificati
- Adulti (anziani) che riferiscono cadute frequenti (> 2/anno)

Tab 2. Gli adulti con una patologia scheletrica non chiaramente inquadrabile in una osteoporosi idiopatica e/o gli anziani con una importante astenia e/o con una sintomatologia di tipo fibromialgico, potrebbero nascondere un deficit di Vit.D.

In quali soggetti è necessario essere cauti.

È opportuna cautela nel prescrivere Vit.D in persone affette ad condizioni morbose che potrebbero associarsi ad un anomalo metabolismo della Vit.D. In dettaglio nei soggetti con nefrolitiasi calcica ricorrente; in coloro che albergano patologie granulomatose, come la sarcoidosi; infine nei soggetti affetti da linfoma. In questi soggetti, prima di prescrivere supplementi, oltre al controllo del Ca serico ed urinario è prudente misurare la Vit.D ematica e non somministrare supplementi se i livelli sono ≥ 30 ng/ml.

Vi sono soggetti in cui ricercare un deficit di vitamina D ?

Può essere all'origine di un quadro clinico caratterizzato da inusuale fragilità scheletrica e/o una massa ossea molto ridotta in un maschio e/o in un'età relativamente giovanile [Tab. 2] : in pratica di una osteoporosi inattesa.

Un deficit di Vit. D va ricercato negli adulti, soprattutto anziani, che lamentano eccessiva debolezza muscolare o una mialgia prossimale, talora causa di cadute ripetute. Alcuni casi etichettati come fibromi algia possono nascondere una carenza di Vit. D.

Quale metabolita utilizzare e quale posologia.

Il metabolita da utilizzare dipende dalla condizione responsabile della ipovitaminosi D : nella gran parte dei casi, in cui la causa è una ridotta sintesi endogena, è consigliabile l'uso del colecalciferolo (Vit. D3).

Una posologia di 1000 IU/die consente di correggere una deficienza modesta (20-29 ng/mL) e di rientrare nel range nell'arco di 2-4 mesi.

È necessario precisare che, per motivi non ancora chiari, la risposta dei singoli soggetti alla medesima posologia di Vit. D non è identica. Alcuni soggetti possono richiedere una posologia su-

Condizioni di rischio	Correzione deficit	Mantenimento
Correzione di una grave carenza (< 20 ng/ml), sintomatica (ad es. miopatia o fratture)	25(OH)D < 10 ng/ml 50.000 IU/settimana x 5 sett. 25(OH)D tra 10 e 19 ng/ml 50.000 IU/settimana x 3 sett.	Colecalciferolo, 1500-2000 IU/die o 50.000 IU/mese
Anziani (> 65 anni) Incostante o scarsa esposizione alla luce solare. Carnagione olivastro/scura Uso costante di creme solari protettive Obesità (BMI >30) Diete vegetariane/macrobiotiche Farmaci anticancerosi		Colecalciferolo, 1000 IU/die o 25.000 IU/mese
Concomitanza di 3 o + fattori sopra elencati Malassorbimento Cirrosi biliare Farmaci retrovirali per HIV		Colecalciferolo, 1500-2000 IU/die o 50.000 IU/mese Calcifediolo, 25-50 µg/die
Insufficienza renale cronica Ip-PTH primitiva		Calcitriolo, 0,25-50 µg/die α-calcidolo, 1 µg/die

Tab 3a. Modulazione della supplementazione in funzione del fattore di rischio per ipovitaminosi D operante.
N.B.: 1 µg di Vit. D = 40 IU

periore, di 1500-2000 IU/die: questa posologia va prevista nei soggetti con patologie che causano un importante disordine del metabolismo della Vit. D, come ad es. un malassorbimento o una cirrosi biliare, o che ospitano più fattori di rischio [Tab. 3a,b].

Nei soggetti nei quali è nota la concentrazione ematica di 25(OH)D, e che presentano una carenza di Vit. D (livelli < 20 ng/mL) è necessario procedere alla correzione del deficit, prima di impostare una terapia di mantenimento [Tab. 3].

L'assorbimento del Vitamina D è ottimale quando i supplementi vengono assunti durante o dopo i pasti. Si può ricorrere alla via iniettiva intramuscolare nei soggetti con grave malassorbimento.

Il colecalciferolo ha un'emivita di 2-4 mesi, pertanto può essere somministrato ad intervalli di numerosi giorni fino a una somministrazione ogni 6 mesi. Quest'ultima modalità va considerata negli individui nei quali non è garantita l'aderenza ad uno schema nosologico settimanale o mensile, ad es. gli adolescenti.

L'ergocalciferolo (Vit. D2) richiede una posologia doppi di quella del colecalciferolo per correggere il deficit di Vit.D .

In presenza di una malattia epatica e in caso di uso cronico di farmaci che disturbano il metabolismo della 25(OH)D, , soprattutto i farmaci retro virali nelle infezioni da HIV, è opportuno l'uso del calcifediolo (25(OH)D). Il calcifediolo ha una emivita di 15 gior-

Principio attivo	Simbolo	Specialità	Emivita
Colecalciferolo	Vit D3	Annister	2-3 mesi
		Dibase	
		Xarenel	
Ergocalciferolo	Vit D2	Ostelin	
Calcifediolo	25(OH)D	Bidrogyl	15 giorni
Calcitriolo	1,25(OH) ₂ D	Calcitriolo	2-4 ore
		Difix	
		Rocaltrol	
		Silis	
α-calcidolo	1α(OH)D	Alfacalcidolo	24 ore
		Dediol	
		Deril	
		Diseon	
		Diserinal	
		Geniad	
		Ostidil	
		Sefal	
Dihidrotachisterolo	DHT	Aliten	12-24 ore

Tab. 3b. I prodotti a base di Vit. D in commercio in Italia (da federforma.it). Nel riquadro celeste i metaboliti NON attivi, più maneggevoli. In quello rosa le molecole già attive e che, pertanto, sfuggono al controllo omeostatico da parte dell'organismo.

ni: pertanto va somministrato con uno schema giornaliero o settimanale. L'uso del calcitriolo ($1,25(\text{OH})_2\text{D}$) o dell' α -calcidolo ($1\alpha(\text{OH})\text{D}$) è destinato ai soggetti affetti da insufficienza renale cronica o da ipo-PTH primitivo. L'emivita di questi metaboliti è di poche ore.

Vitamina D ed effetti extrascheletrici.

Nell'ultimo decennio si accumula l'evidenza scientifica che la Vitamina D esercita numerosi effetti al di fuori del sistema muscolo-scheletrico [fig.3].

Il calcitriolo sembra in grado di po-

endocellulare non viene riversato in circolo e non ha effetti sull'assorbimento del calcio o sulla funzione muscolare. Esso invece esercita un importante effetto di modulazione sul sistema immune e sulla proliferazione/differenziazione cellulare, con riduzione delle patologie infettive, della comparsa di alcune malattie autoimmuni, come il T1DM e la sclerosi multipla e sulla incidenza di alcune forme di cancro, come quello del colon, della prostata e della mammella.

Tutto questo settore di ricerca è in

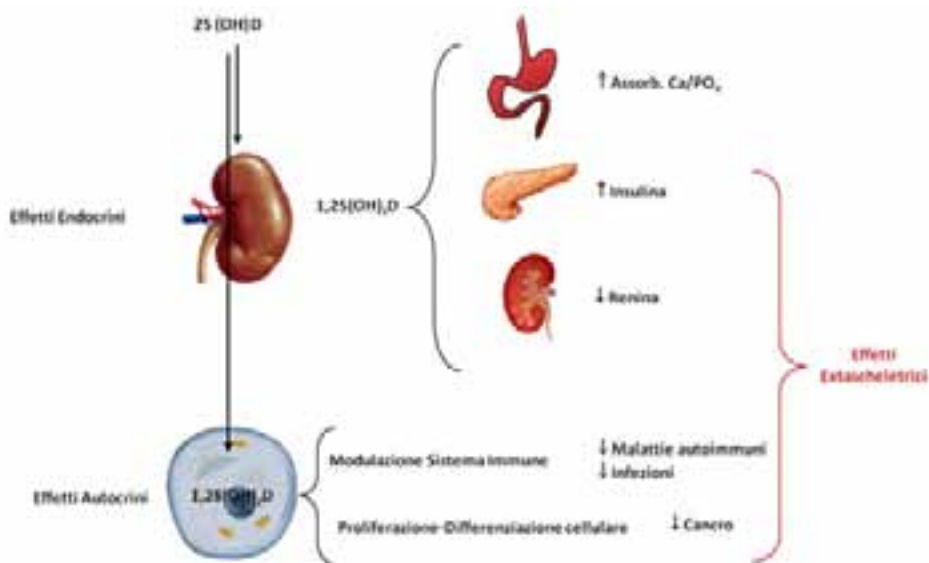


Fig. 3. Effetti extrascheletrici della Vitamina D.

Essi sono oggetto di ricerca. Non è stato dimostrato in maniera univoca l'effetto benefico dei supplementi di Vitamina D su tali azioni extrascheletriche.

tenziare la secrezione β -insulare e di ridurre i livelli ematici di renina, con effetti positivi sul controllo glicometabolico nel T2DM e sul controllo della pressione arteriosa e sulla incidenza di malattie cardiovascolari.

Numerosi tipi cellulari sono inoltre in grado di sintetizzare $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ all'interno delle cellule: questo calcitriolo

grande fervore: ma non vi è ancora l'evidenza che la supplementazione con Vit. D possa esercitare effetti benefici su queste azione extrascheletriche.

Pertanto, al momento, la supplementazione con Vit. D va usata solo per i suoi effetti sul metabolismo minerale.



A PROPOSITO DI RSA

Marcello Ronconi, Presidente SNAMI UMBRIA

Caro Direttore, ti invio una nota che avrei piacere estendessi a tutti i colleghi, che scrivo dopo aver partecipato ad un interessante convegno organizzato dalla USLUMBRIA1 ad Assisi, sul tema del paziente anziano fragile tra ospedale e territorio.

Ci troviamo di fronte ad un momento storico in cui il trend di spostare sul territorio compiti e problematiche prima assolti negli ospedali appare ormai irreversibile, anche per il contenimento dei costi ed in nome della appropriatezza: Regioni si stanno attivando con i country hospital, RSA, Centri diurni etc.

Si tratta di una situazione assolutamente coinvolgente la professione quotidiana del MMG, oggi ancor più attuale dopo i piani sanitari nazionali che hanno ormai irrevocabilmente sancito che gli ospedali, quasi tutti, sono strutture atte alla soluzione dei problemi acuti e al trattamento delle urgenze/emergenze; ne è derivato su tutto il territorio nazionale una drastica riduzione dei posti letto, e la redazione di progetti regionali per la redistribuzione di tali degenze sul territorio. In Umbria, come illustrato dal direttore Generale dr. Duca, l'offerta

sul territorio per affrontare la cronicità è variegata, si stanno rispettando i numeri previsti dalla pianificazione: ma, a mio avviso, non sono tutte rose e fiori, anzi! Manca una regolamentazione generale regionale, l'offerta sul territorio si chiama RSA, RP, Lungodegenza, Case della salute, ognuna spesso con regole e logiche interne e differenti, non solo fra le 2 USL ma anche in una stessa USL! Nella USL1 vengono trasformati letti di degenza ospedaliera in letti RSA ad ASSISI, Umbertide, Pantalla etc, con l'intervento assistenziale del medico ospedaliero, ma anche, così annunciato in conferenza stampa, del MMG; a Marsciano si attivano 20 posti letto in una Casa della Salute che vede l'intervento diretto del MMG; a Pantalla nella RSA la situazione non è analoga. Nella USLUMBRIA 2 invece si sceglie di interagire con una società privata, la Santo Stefano, che gestisce in proprio letti di RSA, accanto a letti gestiti invece dalla USL in proprio, senza il coinvolgimento del MMG, che invece deve prestare assistenza ai pz. ricoverati in RP, come succede nelle RP di Città di Castello, che, però, hanno dei regolamenti che favoriscono personale medico interno a scapito del MMG di scelta. A Terni ancora non

ci sono posti RSA. Come vedi la situazione appare caotica: come ho ricordato è completamente mancante una regolamentazione generale regionale che chiarisca, in linea con Piano sanitario nazionale cosa è una RSA, chi deve intervenire nella RSA, le differenze con le RP, ma soprattutto manca un accordo, UNIVOCO su base regionale, che regolamenti gli accessi dei MMG. Tale situazione non è sopportabile e mi permetto di dire, come sindacalista, che sbagliano quei colleghi che si fanno coinvolgere in esperienze professionali del genere, senza che venga applicata una normativa regionale uguale per tutti: è una occasione troppo importante e qualificante della nostra professione perché possa essere messa in pericolo da improvvisazioni e da interpretazioni di parte. Va bene la sperimentazione, che non può però diventare definitiva

E, non da ultimo, non è né etico né lecito che sia i cittadini che i medici umbri non siano messi sullo stesso piano di opportunità di fronte alle proprie necessità assistenziali!

Su questo punto il convegno di Assisi, che fra l'altro ha previsto una interessantissima lectio magistralis proprio sull'etica da parte del Rettore Don Elio Bromuri, ha aperto un altro capitolo, l'uso e la diffusione di farmaci innovativi, quali i NAO per la terapia anticoagulante; è stata confermata, come ormai internazionalmente condiviso, la superiorità in termini di compliance e sicurezza rispetto al warfarin, ma c'è il problema dei costi che frena, anche se a ben vedere il maggior prezzo in acquisto può venire ad essere compensato dai risparmi che permette.

Ma manca una "democratizzazione" dell'arruolamento dei pz in terapia con i nuovi NAO, non credo sia accettabile che l'uso si diffonda in maniera estemporanea e che non a tutti i pz venga proposto, ove possibile, il cambio di terapia; credo sia ineludibile che gli specialisti Umbri redigano magari un ancor più stringente protocollo arruolativo, ma si confrontino poi con il registro dei pz umbri in terapia con warfarin (che non mi risulta esista.) onde realizzare un completo e democratico riassestimento, in linea anche con i criteri di appropriatezza, della terapia anticoagulante di tutti i pazienti umbri.





L' EMATOLOGO BRUNANGELO FALINI PREMIATO DAL PRESIDENTE GIORGIO NAPOLITANO PER I SUOI STUDI INNOVATIVI SULLE LEUCEMIE

Intervista a cura di Fausto Santeusano

In data 6 novembre 2014, in occasione dei **“Giorni della ricerca”**, al prof. Brunangelo Falini, Professore Ordinario di Ematologia presso l'Università di Perugia e Direttore della Struttura Complessa di Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo dell'Ospedale Santa Maria Misericordia, è stato conferito un altro prestigioso riconoscimento. Ha ricevuto infatti in Quirinale dal Presidente Giorgio Napolitano il premio **“Guido Venosta”** della Federazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (FIRC) con la seguente motivazione: **“Per i suoi studi innovativi e creativi sul genoma delle leucemie acute mieloidi e della leucemia a cellule capellute che hanno portato risultati concreti per la diagnosi e la terapia anti-leucemica personalizzata”**. Il premio del valore di 50.000 euro rappresenta il più importante riconoscimento in Italia per la ricerca sul Cancro..

Già in precedenza il Bollettino dell'Ordine dei Medici di Perugia aveva pubblicato interviste al prof. Falini in occasione di prestigiose scoperte scientifiche realizzate nei laboratori da lui diretti (v 2/2008, pp 9-11; 1/2012, pp 9-11)

Anche in questa occasione mi è sembrato utile richiamare l'attenzione

dei medici dell'Ordine di Perugia con una intervista all'illustre ematologo sugli sviluppi della sua ricerca e sulle prospettive future per la diagnosi e terapia delle leucemie e dei linfomi.

Prof. Falini qual è attualmente l'incidenza delle leucemie e dei linfomi in Italia ? Contrariamente a quanto si crede, è una patologia relativamente frequente. Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 15.000 nuovi casi di linfomi Hodgkin e non-Hodgkin e approssimativamente 8.000 nuovi casi di leucemie acute e croniche.

Quali sono oggi le possibilità terapeutiche in queste malattie ?

Utilizzando la chemioterapia in combinazione con l'immunoterapia (anticorpi monoclonali nativi o coniugati con sostanze tossiche) e, quando necessario, con la radioterapia è oggi possibile guarire circa il 70% dei pazienti affetti da linfomi. Nei casi che non rispondono in maniera ottimale si può eradicare la malattia mediante trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche. Successi altrettanto importanti si ottengono nelle leucemie acute linfoblastiche del bambino. Invece, i risultati nella terapia delle leucemie acute mieloidi, la forma



di leucemia più frequente nell' adulto, sono meno soddisfacenti. Infatti, utilizzando la chemioterapia da sola o con il trapianto di cellule staminali emopoietiche da donatore è possibile guarire il 40-50% dei pazienti che hanno meno di 60 anni e solamente il 10-15% dei pazienti più anziani. Da qui l' importanza di sostenere l' attività di ricerca per cercare di migliorare questi risultati ancora insoddisfacenti.

Uno dei presupposti fondamentali per impostare una corretta terapia è formulare una diagnosi che sia la più precisa possibile. Che progressi ci sono stati in questo campo ?

La classificazione, cioè la descrizione accurata delle varie "carte di identità" di tutti i tumori del sangue, a cui abbiamo dato un importante contributo, è descritta in un libro edito dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (classificazione WHO). Per mettere a punto questa classificazione basata su parametri clinici, immunologici e genetici ci sono voluti 20 anni ma ne è valsa la pena. Oggi, essa rappresenta

un punto di riferimento essenziale per tutti i medici che sono coinvolti nella diagnosi e terapia dei pazienti ematologici.

Professore, siamo nell' era dello studio del genoma dei tumori. Quali sono le prospettive future ?

Il segreto di ogni tipo di tumore compreso le leucemie va ricercato nelle alterazioni, cioè mutazioni, che nel corso della vita si possono verificare a livello dei nostri geni. Fortunatamente, è oggi possibile individuare queste mutazioni avvalendosi di nuove tecniche che permettono di sequenziare, cioè di decifrare velocemente tutti i 3 miliardi di basi del DNA. Confrontando, poi, nello stesso paziente, le sequenze delle lettere del DNA delle cellule tumorali e di quelle sane, è possibile scoprire dove sta l'errore. L'obiettivo è quello di tracciare una mappa completa delle mutazioni dei vari tumori umani che ci possa aiutare a identificare nuovi bersagli diagnostici e terapeutici.

Ci può parlare di una delle scoperte per le quali le è stato conferito il premio Venosta? Mi riferisco alla caratterizzazione genomica delle leucemie acute mieloidi.

La nostra scoperta è avvenuta in era pre-sequenziamento globale del genoma umano partendo da una semplice osservazione al microscopio in una particolare forma di linfoma del bambino. Si tratta della mutazione del gene NPM1, l'alterazione genetica più comune nelle leucemie acute mieloidi. Questa scoperta ha permesso di svelare un nuovo meccanismo di leucemogenesi.

Ma ci sono anche delle ricadute dal punto di vista clinico?

Certamente. Oggi, la ricerca della mutazione di NPM1 al momento della diagnosi è oramai diventata una pratica di routine in tutto il mondo. Infatti, essa permette di personalizzare al massimo la terapia, distinguendo i pazienti che possono guarire con la sola chemioterapia da quelli che richiedono un trapianto di cellule staminali emopoietiche da donatore. Utilizzando una sonda molecolare per la mutazione è addirittura possibile valutare la malattia minima residua dopo chemioterapia in maniera molto più accurata, fino a 1 cellula leucemica residua su centomila. La sfida futura che stiamo affrontando insieme a Maria Paola Martelli è lo sviluppo di farmaci anti-leucemici intelligenti diretti contro la mutazione NPM1.

L'altra vostra importante scoperta si riferisce allo studio del genoma della leucemia a cellule capellute. Ci può spiegare meglio?

Si tratta della scoperta della mutazione del gene BRAF come evento causale della leucemia a cellule capellute. Per arrivare a questo risultato, ci siamo avvalsi di una tecnica di sequenziamento globale del genoma delle cellule leucemiche. Insieme con Enrico Tiacci, lo sforzo successivo è stato quello di trasferire in clinica questa scoperta. I dati già ci sono: se si mettono a contatto in una provetta farmaci che inibiscono il gene malato con cellule leucemiche capellute, esse prima perdono i prolungamenti sulla superficie e poi muoiono. Cosa ancora più importante, abbiamo già trattato con inibitori di BRAF pazienti con leucemia a cellule capellute resistenti alle terapie convenzionali ottenendo una risposta clinica in più del 95% dei casi.

Professore, quanto è importante il lavoro di squadra nella ricerca scientifica e coordinare in laboratorio un gruppo di ricercatori?

E' fondamentale. Noi cerchiamo di puntare sui giovani perché sono loro i principali portatori di un messaggio di innovazione e passione. Investire nei giovani talenti è fondamentale per ricostruire una identità scientifica nel nostro paese e per interrompere la fuga di cervelli all'estero. Sono loro il nostro futuro.

Nel ringraziare il prof. Falini, che con i suoi eccellenti risultati scientifici da tempo fa onore all'Università di Perugia, alla Sanità Umbra ed anche a noi suoi colleghi, gli formuliamo i migliori auguri per continuare nel suo lavoro e raggiungere con il suo gruppo di ricerca traguardi sempre più prestigiosi.



DALLA INCIDENZA ALLA QUALITÀ DELLA VITA: BREVE STORIA DI ALCUNI INDICATORI

Dott. Marco Petrella

Il supplemento all'ultimo numero di Epidemiologia e Prevenzione si intitola "Prevalenza e guarigione da tumore in Italia" (1) ed è una buona occasione per ragionare su alcune conseguenze della rivoluzione epidemiologica che stiamo vivendo già da alcuni decenni. Le conseguenze di cui voglio parlare sono quelle che riguardano i principali indicatori epidemiologici in uso per descrivere lo stato di salute.

Incidenza o prevalenza?

Non è una questione teorica per addetti ai lavori. Nei riquadri che seguono trovate qualche precisazione e qualche esempio per chi avesse voglia di ragionarci su.

Concentrare l'attenzione sui nuovi casi di malattia che si verificano in un certo periodo di tempo (incidenza) è importante per capire quanto è forte la pressione di specifici fattori di rischio su una determinata popolazione. Ma bisogna ammettere che in alcuni casi funziona bene e in altri meno.

*Se la diagnosi è abbastanza certa e vicina all'esordio e se il decorso è abbastanza rapido (morte o guarigione), l'**incidenza** è un buon indicatore e descrive molto di quel che c'è da sapere.*

*Questo è stato vero per le malattie infettive, anche se non per tutte (Tubercolosi e AIDS presentano qualche problema, per esempio). Anche i tumori sono stati un campo molto indagato utilizzando l'incidenza e i Registri si sono sviluppati a partire da questa possibilità. Ma le malattie croniche e alcuni tumori recalcitrano e chiedono di essere descritti attraverso la **prevalenza**, cioè il numero di persone che in un dato momento risultano affette da una certa malattia.*

Perché questo? Nella gran parte dei casi perché il momento della diagnosi è spesso funzione della disponibilità di strumenti e della propensione a cercare i casi, dato che la patologia può vedere lunghe fasi asintomatiche. Inoltre perché si tratta di patologie che non uccidono se non dopo molti anni e, allo stesso tempo, sono malattie da cui non si guarisce quasi mai.

Se la prevalenza aumenta non se ne possono però trarre le stesse conclusioni di quando aumenta l'incidenza. Una maggiore attenzione a fare diagnosi (per esempio a fini di prevenzione secondaria), o una migliore sopravvivenza, o l'assenza di informazioni sulle guarigioni, possono far lievitare la prevalenza anche senza un aumento dei fattori di rischio.

Ma anche se non può sostituire l'incidenza, la prevalenza è molto importante per descrivere il carico sociale e sanitario di una patologia, generando utili informazioni per la distribuzione delle risorse, per il dimensionamento dei servizi, per valutare la copertura raggiunta da azioni mirate al controllo di quella patologia.

Altri indicatori?

Un indicatore che ha acquisito importanza è la **sopravvivenza**, soprattutto in relazione ai tumori. La sopravvivenza collega incidenza e prevalenza: se non c'è guarigione i casi incidenti si accumulano e generano un'alta prevalenza. Ma soprattutto la sopravvivenza valuta il successo degli interventi di prevenzione secondaria e delle terapie, sotto l'assunto che il tumore alla lunga uccide e che ciò che allontana tale esito dimostra di funzionare, sia che permetta di curarlo in una fase precoce, sia che metta a disposizione terapie più efficaci..

Ma se da alcune malattie croniche non si guarisce mai (e a volte di muore d'altro) e per alcuni tumori non si muore più, come valutiamo il successo delle nostre azioni, dato che la sopravvivenza non è in questi casi molto utile?

Ancora una volta bisogna ammettere che dovremmo imparare a misurare lo stato di salute e la qualità della vita: più facile a dirsi che a farsi. Incidenza e prevalenza sono in fin dei conti figlie del processo diagnostico. La sopravvivenza è il complemento alla mortalità, altro evento da sempre registrato. Ma salute e qualità della vita non sono oggetto di regolari ed estesi processi di

rilevazione e registrazione.

Quindi le due sfide attuali per la valutazione dell'efficacia degli interventi potrebbero essere:

- definire e sorvegliare le guarigioni e le remissioni;

- definire e sorvegliare le funzioni della vita quotidiana che individuano livelli diversi di qualità della vita seppure in presenza di una cronicità.

La prima sfida forse è affrontabile solo nel contesto di studi ad hoc perché si tratta di seguire nel tempo coorti di malati e misurare un'incidenza inconsueta, di guarigione o di remissione).

La seconda sfida stimola da tempo i ricercatori, e gli epidemiologi in particolare. Oggi che abbiamo in campo serie esperienze di sorveglianza campionaria dello stato di salute (PASSI e PASSI d'Argento per esempio), nonché grandi banche dati informatizzate sulle attività sanitarie, forse ci sono le basi per provarci davvero.

Se non ci si riesce resta senza documentazione il risultato di una fetta enorme di interventi, in particolare di quelli ricadenti nella assistenza sanitaria di base, là dove spesso non si guariscono le persone ma le si aiuta a tenere sotto controllo una patologia e a convivervi nel miglior modo possibile.

(1) AIRTUM Working Group, Prevalenza e guarigione da tumore in Italia, Epidemiologia & Prevenzione, Supplemento numero 6, novembre-dicembre 2014



**RELAZIONE SU CONTO
CONSUNTIVO 2013,
ASSESTAMENTO BILANCIO
DI PREVISIONE 2014,
BILANCIO PREVENTIVO 2015**

Dott. Antonio Montanari

Cari Colleghi,
questa mattina vengono sottoposti all'esame ed all'eventuale approvazione di questa Assemblea il Conto Consuntivo 2013, l'Assestamento del Bilancio di Previsione 2014 e il Bilancio Preventivo 2015. I tre suddetti schemi di Bilancio sono stati redatti in base al vigente regolamento per l'amministrazione e la contabilità, elaborato dalla F.N.O.M.C.eO. ed approvato dal Consiglio Direttivo, e sono formulati in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare nel periodo di riferimento) e di cassa (entrate e uscite che si verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato, indipendentemente dal periodo in cui sono maturati).

Dopo i risultati conseguiti nel triennio 2009/2011 e nell'anno 2012, con l'estinzione del mutuo per l'acquisto della sede di Via Settevalli, il nuovo arredamento della Sala Convegni con poltrone Frau ed il rinnovo di tutte le dotazioni tecnologiche, nel 2013 è stato deciso l'abbassamento delle quote da 110 a 100 euro.

Nonostante questa notevole decurtazione, in termini percentuali (rimanendo fissi i 23 euro da riversare a Roma alla FNOMCeO), che pone la nostra quota fra le più basse d'Italia (in alcune province si chiede più del doppio), siamo riusciti ad incrementare i servizi, mantenendo la gratuità della casella PEC ed aumentando gli appuntamenti scientifico-culturali, tutti gratuiti e con crediti ECM per i primi 100 iscritti.

Non solo: alla verifica di fine anno, l'Avanzo di Amministrazione, già molto consistente a fine 2012 (oltre 583mila euro) è salito a più di 653mila al 31.12.2013, con una previsione di oltre 700mila euro a fine 2014.

Ciò ci consentirà, naturalmente, di aumentare ancor più i servizi gratuiti per tutti gli iscritti agli Albi.

Con un certo orgoglio, quindi, possiamo affermare che, in relazione al numero degli iscritti, i bilanci del nostro Ordine provinciale sono tra i migliori d'Italia, con patrimonio ed avanzo di amministrazione molto consistenti, a fronte di una quota estremamente bassa.

Il raggiungimento di questi importanti traguardi parte naturalmente da lontano: dal lavoro serio, competente ed "onesto" di chi ha gestito l'Ordine di Perugia nei decenni precedenti, permettendo all'attuale Consiglio di proseguire degnamente su una strada ben tracciata.

RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2013

Cari Colleghi,

questa sera viene sottoposto all'esame ed all'eventuale approvazione del Consiglio il Conto Consuntivo 2013. Lo schema che questa sera vado a presentare è uguale a quello degli anni precedenti e consente di stampare i dati relativi ad entrate ed uscite divisi per competenza, cassa e residui.

Il dato fondamentale comunque del Conto Consuntivo 2013 è sempre rappresentato dall'avanzo o disavanzo di amministrazione.

Nell'anno 2013 si è determinato un AVANZO DI AMMINISTRAZIONE pari a € 653.237,05 (All. 1). Infatti partendo dal FONDO DI CASSA al 01/01/2013 pari ad € 643.255,10 aggiungendo il totale delle riscossioni eseguite in competenza (€ 566.668,00) e in c/residui (€ 59.143,86), sottraendo i pagamenti effettuati in c/competenza (€ 485.107,40) e in c/residui (€ 84.024,85) si ottiene il FONDO DI CASSA al 31/12/2013 pari ad € 699.934,71.

A tale importo vanno aggiunti i RESIDUI ATTIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 91.969,39 e sottratti i RESIDUI PASSIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 138.667,05.

Analizzando le varie voci di Bilancio si può osservare come il TOTALE DELLE ENTRATE di competenza dell'esercizio 2013 è costituito principalmente dalle quote di iscrizione all'Albo, mentre il TOTALE DELLE ENTRATE in c/residui è costituito principalmente dalle quote di iscrizione che non erano state incassate e relative agli anni antecedenti il 2013.

Per quanto riguarda, invece, il TOTALE DELLE SPESE CORRENTI (personale, indennità organi istituzionali, bollettino, consulenze e collaborazioni...) di competenza dell'esercizio 2013 va rilevato che è in linea con quanto speso negli esercizi precedenti. Per quanto riguarda le SPESE IN CONTO CAPITALE in c/competenza sono costituite dal pagamento del residuo dovuto per l'acquisto delle poltrone della Sala riunioni. Tutte le spese sono state regolarmente autorizzate e sono completamente documentate.

Tutte le scritture sono state seguite in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti ed i dati sono riportati nelle allegate tabelle del bilancio consuntivo di entrate ed uscite relative all'anno 2013 e sono state controllate dal Collegio dei Revisori dei Conti.

FONDO CASSA AL 01/01/2013	€ 643.255,10
+ RISCOSSIONI IN C/COMP.	€ 566.668,00
+ RISCOSSIONI IN C/RESIDUI	€ 59.143,86
- PAGAMENTI IN C/COMP.	€ 485.107,40
- PAGAMENTI IN C/RESIDUI	€ 84.024,85

FONDO DI CASSA AL 31/12/2013	€ 699.934,71
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2013	€ 91.969,39
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2013	€ 138.667,05

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2013	€ 653.237,05
--	---------------------

RELAZIONE SU ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2014

Il Bilancio di Previsione per l'anno 2014 è stato approvato dal Consiglio nella seduta del 09/12/2013 e dall'Assemblea degli iscritti nella seduta del 15/12/2013. Lo schema, formulato in termini finanziari di competenza e di cassa, presentava, l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2014 di € 625.697,36 (tabella 1).

Poiché il Bilancio così formulato si basava su delle stime effettuate in base ai dati in nostro possesso alla fine di novembre 2013, una volta che si è proceduto a redigere il Conto Consuntivo dell'anno 2013 occorre "correggere il tiro", cioè a dire assestare il Bilancio di Previsione 2014.

Nel Conto Consuntivo 2013 sono stati determinati: il Fondo finale di cassa effettivo, i residui attivi definitivi ed i residui passivi definitivi ed il seguente **AVANZO DI AMMINISTRAZIONE**.

Questi dati sono stati, dunque, riportati nel Bilancio Preventivo 2014 assestato:

Tabella 1

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
FONDO DI CASSA AL 31/12/2013	€ 675.459,51	€ 699.934,71
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2013	€ 103.368,92	€ 91.969,39
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2013	€ <u>153.131,07</u>	€ <u>138.667,05</u>
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2013	€ 625.697,36	€ 653.237,05

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

BILANCIO DI PREVISIONE 2014

Tabella 2

	COMPETENZA NON ASSESTATO	ASSESTATO
Avanzo di Amministrazione	€ 625.697,36	€ 653.237,05
Entrate CORRENTI	" 481.902,00	" 477.136,00
Entrate in CONTO CAPITALE	" 0	" 0
Entrate per PARTITE GIRO	" <u>191.203,00</u>	" <u>189.969,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE</u>	€1.298.802,36 =====	€ 1.320.242,05 =====
Spese CORRENTI	€ 939.599,36	€ 1.130.373,05
Spese in CONTO CAPITALE	" 168.000,00	" 177.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO	" <u>191.203,00</u>	" <u>189.969,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE SPESE</u>	€ 1.298.802,36 =====	€ 1.320.242,05 =====

RELAZIONE SU BILANCIO DI PREVISIONE 2015

Cari Colleghi,

questa sera viene sottoposto all'esame ed all'eventuale approvazione del Consiglio Direttivo il **Bilancio Preventivo 2015**, secondo quanto previsto dal Regolamento per la Amministrazione e la Contabilità in vigore.

Tale Bilancio è formulato in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare nel periodo di riferimento) e di cassa (entrate e uscite che si verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato indipendentemente dal periodo in cui sono maturate).

Il dato fondamentale di partenza del Bilancio di previsione è l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2015, calcolato tenuto conto del fondo di cassa presunto e dei residui attivi e passivi presunti al 31/12/2014.

Il fondo di cassa presunto si può desumere dalla tabella seguente ove si evidenzia che il fondo cassa finale presunto al 31/12/2014 è di **765.859,33**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2014

SALDO C/C BANCARIO AL 30/11/2014	€ 833.897,02
SALDO CASSA CONTANTI AL 30/11/2014	€ 1.388,94
TOTALE DISPONIBILITA' AL 30/11/2014	€ 835.285,96

+ ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2014 (Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip...)	€ 16.394,82
---	-------------

- SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2014 (Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13 ^a , Onorif. agli iscritti Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)	€ 85.821,45
--	-------------

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2014	€ 765.859,33
---	---------------------

Alla luce di quanto sopra si può ipotizzare l'avanzo di amministrazione all'01/01/2015 di **€ 704.009,08**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2015

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2014	€ 765.859,33
--	---------------------

+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2014 (Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)	€ 62.331,49
---	-------------

- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2014 (Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino, consumi, proc. Informatiche...)	€ 124.181,74
---	--------------

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2015	€ 704.009,08
---	---------------------

BILANCIO DI PREVISIONE 2015 (Competenza)

Per quanto riguarda le ENTRATE CORRENTI sono incrementate per effetto dell'aumento del numero di iscritti per l'anno 2015.

Non sono previste ENTRATE IN CONTO CAPITALE.

ENTRATE

Avanzo di Amministrazione Presunto	€ 704.009,08
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2015)	" 447.220,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi...)	" 22.950,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	" 0
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	" 0
Entrate per PARTITE GIRO (Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	" 187.330,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€ 1.361.509,08
	=====

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

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

USCITE

Spese CORRENTI (Spese conv. assemblea, ind. Cons., stipendi, cond., pulizia consumi energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze, ass. e manut, proc. Info, macchine....)	€ 999.179,08
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto proc. Informatiche...)	" 175.000,00
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	" 0
Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	" 187.330,00
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€ 1.361.509,08
	=====

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



BILANCIO DI PREVISIONE 2015 (Cassa)

Per ciò che riguarda il **BILANCIO DI CASSA A PAREGGIO**, infine, si può riassumere secondo le presenti tabelle:

ENTRATE

Fondo iniziale di cassa presunto al 01/01/2015
 Entrate CONTRIBUTIVE
 Entrate DIVERSE
 Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI
 Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI
 Entrate per PARTITE GIRO

TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE

USCITE

Spese CORRENTI
 Spese in CONTO CAPITALE
 ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI
 Spese per PARTITE DI GIRO

TOTALE GENERALE DELLE SPESE

CASSA

€ 765.859,33
 “ 491.882,00
 “ 28.450,00
 “ 0
 “ 0
 “ 199.499,49
€ 1.485.690,82

=====

CASSA

€ 1.034.187,05
 “ 247.154,99
 “ 0
 “ 204.348,78
€ 1.485.690,82

=====

Il Bilancio di Previsione 2015 è, ovviamente, espressione dei **seguenti obiettivi** che il Consiglio intende realizzare nel corso del proprio mandato:

1) riduzione al minimo dei residui attivi derivanti da quote di iscrizione non pagate tramite l'azione di controllo e sollecito da parte degli Uffici.

Mi è grata l'occasione per ringraziare il Presidente, il Consiglio Direttivo, il Collegio dei Revisori dei Conti per il contributo apportato.





CRONACA ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEL 14/12/2014

Il 14 dicembre 2014 si è tenuta l'annuale Assemblea ordinaria.

Il Presidente ha aperto la seduta con un cordiale saluto anche a nome di tutti i membri del Consiglio Direttivo, della Commissione Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti ai numerosi presenti, in particolare ai giovani colleghi neo - iscritti che per la prima volta partecipavano a questo appuntamento annuale e ai colleghi laureati nel 1964 che festeggiavano i cinquanta anni di laurea.

Come di consueto ha ricordato con commosse parole i medici deceduti dalla assemblea dell'anno precedente, dedicando un particolare pensiero ad uno storico Presidente dell'Ordine: il dottor Carlo Andrea Pacifico.

Ad essi dopo averli citato per nome i presenti hanno dedicato, in piedi, un minuto di raccoglimento.

Sono ventiquattro:

Donatella APOLLONI, Luigi BALDUCCI, Nella BUCCIERO, Aldo BENIAMINO CALDERAZZO, Decio CAPOBIANCO, Vincenzo CASTAGNA, Giuseppe CERBINI, Domenico COLAVITA, Ferdinando DI BENEDETTO, Romolo FRASCARELLI, Fabio GIAIMO, Guido GUARNIERI, Giordano Bruno MONTI, Giorgio ORICCHIO, Carlo Andrea PACIFICO, Angelo PALLERI, Michelangelo PALLONE, Plinio PELLICCIA, Giancarlo PELUCCA, Antonio QUINTAVALLE, Liliana RIVELLONI, Paolo SARONIO, Benedetto TRISTAINO, Mauro ZAMBRI.



Successivamente ha dato la parola al Tesoriere, dott. Antonio Montanari per l'illustrazione dei bilanci.

Al termine della esposizione del Tesoriere, preso atto della relazione dei revisori dei conti e delle integrazioni e dei chiarimenti del Presidente l'assemblea ha provveduto, con voto unanime:

- 1) alla ratifica del rendiconto finanziario dell'anno 2013, già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta dell'8.04.2014;
- 2) alla ratifica dell'assestamento del bilancio preventivo 2014 già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 10.12.2014;
- 3) all'approvazione del Bilancio di previsione 2015 licenziato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 10.12.2014.

Successivamente il Presidente ha informato l'assemblea sulla attività degli uffici e degli organi statutari. Il Consiglio ha effettuato 14 sedute ordinarie, altrettante le Commissioni Medici e Odontoiatri. A questa attività va aggiunta quella delle varie commissioni consiliari in particolare quella per la formazione e l'aggiornamento degli iscritti, e della redazione del bollettino.

Ha ricordato inoltre l'ormai affettivo collegamento con il COGEAPS per la trasmissione e la rilevazione dei crediti ECM acquisiti; l'inizio della certificazione dei crediti, la possibilità di dialogare con il sistema e aggiornare le posizioni degli iscritti; l'attività di supporto ai colleghi per l'attivazione del REGINDE; l'attivazione di uno sportello previdenziale curato dal dott. Sabatino Orsini Federici, che sta rispondendo alle richieste di molti colleghi sul piano assistenziale e previdenziale ENPAM anche con contatti personali e diretti con Roma.

Il presidente ha proseguito riferendo la situazione degli iscritti nell'ultimo anno.

Stabile la situazione degli odontoiatri con + 2 iscritti (risultante da 7 iscrizioni, nuove e per trasferimento e 5 cancellazioni, a richiesta o per trasferimento morosità e decesso); in aumento di 75 unità i medici (risultato di 135 iscrizioni (nuove e per trasferimento e 60 cancellazioni a richiesta , o per trasferimento, morosità e decesso).

Alla data della assemblea pertanto risultavano n. 4904 iscritti all'Albo Medici Chirurghi e n. 709 all'Albo Odontoiatri, con n. 346 doppie iscrizioni per un totale di n. 5267 persone fisiche mentre alla data della precedente assemblea (15/12/2013) erano rispettivamente 4829 gli iscritti all'Albo Medici Chirurghi, 707 all'Albo Odontoiatri, con 353 doppie iscrizioni per un totale di 5183 persone fisiche.

L'attività dell'Ordine nel campo della formazione ha portato alla stipula di una nuova convenzione con l'Università di Perugia per l'insegnamento della Medicina Generale nell'ambito del corso di laurea, propedeutica anche allo svolgimento del tirocinio post laurea e pre - abilitazione, e da questo anno accademico tre colleghi Medici di Medicina Generale (2 per la sede di PG e uno per la sede di TR) hanno avuto l'incarico di insegnamento.

Continua inoltre con la Regione e la Scuola Regionale di Amministrazione Pubblica di Villaumbra la collaborazione per lo svolgimento del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui è iniziato il 29/11, il primo anno del triennio 2014/2017.



A vantaggio della formazione dei propri iscritti con incontri organizzati direttamente o fornendo assistenza e collaborazione ad altre iniziative è continuato il partenariato con la federazione nazionale che ha consentito una semplificazione e accelerazione delle procedure di accreditamento.

Il calendario degli incontri, già nutrito nello scorso anno, nel 2014 ha visto l'accREDITamento e lo svolgimento di 15 incontri grazie all'impegno della commissione Aggiornamento ed in particolare alla continua attività del suo Coordinatore, prof. Cesare Fiore.

Questi corsi hanno permesso a molti colleghi l'acquisizione di migliaia di crediti gratuitamente e con incontri francamente diversi, nella loro organizzazione e qualità da quelli consueti.

Corsi svolti nel 2014:

25 GENNAIO 2014 - 12 APRILE 2014

HOT TOPICS IN ENDOCRINOLOGIA CLINICA

08 FEBBRAIO 2014

DONAZIONE E TRAPIANTO D'ORGANO E DI TESSUTI

15 MARZO 2014

NESSUNO PUO' CHIAMARSI FUORI (VIOLENZA DI GENERE)

5 APRILE 2014

LA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETA'

10 MAGGIO 2014

L'OBIEZIONE DI COSCIENZA NELLA PROFESSIONE SANITARIA
IN ITALIA E IN EUROPA

07 GIUGNO 2014

CORSO PRATICO DI "SOPRAVVIVENZA" MEDICO-GIURIDICA-ASSICURATIVA

06 SETTEMBRE 2014 - 13 DICEMBRE 2014

HOT TOPICS IN ENDOCRINOLOGIA CLINICA

23 SETTEMBRE 2014

RIFLESSO TRIGEMINO - VAGALE E ARRESTO CARDIACO

27 SETTEMBRE 2014

IL RUSSAMENTO E LE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO (OSAS)

04 OTTOBRE 2014

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE - PARTE GENERALE

18 OTTOBRE 2014

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE - CURE PALLIATIVE

08 NOVEMBRE 2014

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE - TERAPIA DEL DOLORE

15 NOVEMBRE 2014

IL DANNO PSICOLOGICO IN ODONTOIATRIA

Il consiglio ha già varato un nutrito programma per i 2015. I prossimi appuntamenti per gennaio e febbraio 2015: il 17/01 con un corso su **Obesità e gravidanza** cui seguirà il 14/02 un corso sulla **Diagnostica per immagini nella pratica clinica**.

Il Presidente ha così continuato: “ Nello scorso mese di Ottobre vi sono state le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo. Vi è stata come ormai da tanti anni a questa parte (dalle elezioni del 1990) la necessità di una seconda convocazione per il raggiungimento del quorum.

Il nuovo consiglio è rinnovato per un terzo. Escono, per loro scelta, il prof. Fortunato Berardi, il dott. Silvio d'Alessandro, il dott. Piero Grilli, il dott. Sabatino Orsini Federici, la dott.ssa Stefania Petrelli.

Si tratta di colleghi che hanno fatto la storia dell'ordine e che hanno esercitato con scrupolo, precisione, dedizione la loro attività e, alcuni di loro, hanno ricoperto cariche quali la vice presidenza, la segreteria, la tesoreria.

A loro il nostro riconoscimento, la nostra stima e la nostra gratitudine e la richiesta di continuare a collaborare nelle commissioni, nel bollettino.

Entrano quali nuovi Consiglieri i dottori Mario Berardi, Cristina Cenci, Alfredo Crescenzi, Francesco Giorgetti, Gian Marco Mattioli (se non è il pieno rinnovamento che avremmo voluto si tratta certamente di un ampliamento della rappresentatività geografica, delle varie esperienze in campo, della rappresentanza delle esigenze della dipendenza e del territorio)

L'esecutivo nelle persone dei dottori Sgrelli, Lentini, Montanari oltre a me è stato confermato in toto.

Ciò se può fare piacere da un punto di vista personale è purtroppo testimonianza di una volontà di delega e di difficoltà a suscitare forze nuove che ci deve spingere fin da ora a pensare al futuro e alle prossime scadenze”.

Il Presidente ha poi completato il suo intervento dedicando alcune riflessioni ai problemi della categoria e della sanità.

Dopo accenni a vari argomenti quali il processo di riforma della responsabilità professionale, il nuovo Codice Deontologico, i problemi della assicurazione obbligatoria ha approfondito in particolare due questioni.

La prima attiene alla crisi economica e ai suoi riflessi sulle politiche per la salute.

Le politiche di austerità imposte dai paesi più forti, con rigidi vincoli di procedure e parametri di rientro dai deficit pubblici, hanno fatto ricadere i costi della crisi sui diritti delle persone.

Per quanto ci riguarda da una parte si è proceduto al contenimento della crescita delle risorse sul fronte del finanziamento: tagli al fabbisogno e utilizzo della leva fiscale a copertura dei deficit locali mentre sul contenimento dei costi si è avuto il congelamento delle retribuzioni, il blocco del turnover, il controllo dei prezzi dei farmaci, la revisione dei budget assegnati alle strutture, il taglio dei posti letto.

In breve tutti i sistemi sanitari europei stanno cercando di contenere la spesa, recuperare efficienza e fare cassa, soprattutto attraverso la compartecipazione delle famiglie e degli operatori.

I freddi numeri non tengono però conto del costo umano e sociale che li sostiene cioè che stanno pagando i cittadini e gli operatori.

E sugli effetti delle politiche di austerità in ragione della accessibilità ai servizi sanitari recenti dati ISTAT consentono prime considerazioni sulle difficoltà che gli italiani incontrano ad accedere ai servizi.



Ne sono conferma i risultati dell'indagine Censis sulla percezione della qualità del servizio sanitario nazionale: dal 2011 al 2014 la percentuale di intervistati che pensa che la sanità regionale sia peggiorata è pari al 46,8% nella regioni sottoposte a Piano di Rientro mentre è del 29,3% nelle altre regioni.

I dati confermano che anni di disattenzioni e di restrizioni hanno portato il SSN ad una condizione di preoccupante logoramento.

Lo vediamo anche nella nostra regione: accessi inutilmente complicati, tempi di attesa ancora troppo elevati, mancanza di integrazione fra il sociale e il sanitario, ticket superiori al prezzo della prestazione, hanno portato i cittadini a non avere più la stessa fiducia che un tempo riponevano sul sistema pubblico e a cercare soluzioni altrove.

Gli italiani continuano a mettere la salute fra le priorità della politica, la fiducia

nel sistema per lo meno di fronte ai grandi rischi non viene meno, ma è diffusa la convinzione che se non si interviene su alcuni aspetti essenziali anche la fiducia verrà progressivamente meno. Come dice il Presidente Bianco: *“Senza una ripresa delle politiche a livello nazionale l’impegno degli operatori, potente leva che sostiene il sistema, **appassisce**, la fiducia dei cittadini **si affievolisce**”*.

Non è una mera questione di risorse economiche. Si tratta di recuperare attenzione per tutti quegli strumenti di governo che fanno sì che un insieme di fattori produttivi (competenze, esperienze, professionalità, innovazione, organizzazioni, ecc.) generino una vera politica per la tutela della salute riconoscendo il valore del tanto lavoro svolto, spesso con silenzio e abnegazione, dai molti operatori del settore.

E questo ci porta al secondo argomento trattato.

La maggior parte di quel personale che sostiene il sistema è al termine della propria carriera. Oltre che parlare del futuro della sanità dovremmo parlare del futuro dei professionisti o meglio dei professionisti del futuro.

Il sistema formativo del medico mostra i segni evidenti di una profonda crisi strutturale.

I sostanziali fallimenti delle procedure di accesso alle Scuole di Medicina, per la Formazione di base, e di quelle di ingresso alla Formazione specialistica post-laurea di questi ultimi giorni hanno determinato una profonda ferita nella affidabilità e trasparenza delle Istituzioni formative dando respiro a proposte di soluzioni tipo “abolizione della programmazione e/o accesso unico”, peggiori dei danni a cui vorrebbero porre rimedio.

Rispetto a questa crisi non servono soluzioni tampone, ma una riforma incisiva e profonda dell’intero sistema con il fine di garantire a tutti i giovani l’accesso equo e sulla base del merito e delle attitudini ai corsi di Medicina e il completamento di tutto l’iter formativo.

E’ necessario che si cambino davvero processi, contenuti, soggetti, luoghi e finalità della formazione del medico.

Riteniamo infatti sbagliato prospettare soluzioni che guardano alle criticità dai propri punti di vista, comunque figlie di visioni particolari che portano a conseguire obiettivi immediati o di medio termine.

Salvare la formazione del medico nell’interesse dei giovani e del Paese vuol dire ricomporre nel sistema i luoghi e i soggetti di formazione con i luoghi e i soggetti di cura e di assistenza.

E’ un’impresa culturale, organizzativa, etica, civile e professionale alla portata di tutti coloro che hanno sinceramente a cuore la questione.

E’ uno straordinario servizio agli interessi veri della nostra Medicina, della nostra Sanità e del nostro Paese. E’ un progetto a cui sta lavorando con l’impegno degli Ordini la nostra Federazione Nazionale.

IL Presidente ha concluso il suo intervento ricordando un anniversario.

“Nell’anno 2014 vi è stato il ricordo del 70° anniversario della liberazione della regione; processo questi di liberazione che, iniziato nella prima decade del giugno 1944 dall’Orvietano e che, per alcuni territori dell’alta Umbria, si è protratto sino ad agosto. Ebbene una cosa che non molti sanno è che, ben prima che un decreto del CPS del 1946 ricostituisse gli ordini dei medici, soppressi nel 1935 dal regime fascista,

a Perugia il 2 settembre del 1944 quaranta medici si riunirono in assemblea e stabilirono di ricostituire l'ordine con **completa e assoluta autonomia**.

Sono passati 70 anni e, oltre ricordare quell'evento, dovremmo soprattutto fare nostra la orgogliosa affermazione di chi ci ha preceduto, nella rivendicazione di una libertà e di una autonomia indispensabili per svolgere, nel modo più appropriato i compiti che ci sono affidati”.

Completata la parte dedicata agli adempimenti previsti dalla legge l'assemblea è proseguita con la consegna delle medaglie ai Colleghi che hanno compito cinquanta anni di laurea.

Applauditi da tutti i presenti i colleghi che hanno ricevuto una testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima sono stati:

Dott. BARESE GIUSEPPE

Nato a NAPOLI, Residente a PERUGIA, Laureato a NAPOLI il 01/08/1964

SPECIALISTA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA (GENOVA - 16/07/1968)

Dott. BELLUCCI GIOCONDO

Nato a GUALDO TADINO, Residente a GUALDO TADINO, Laureato a PERUGIA il 15/07/1964

SPECIALISTA IN RADIOLOGIA MEDICA (GENOVA - 18/07/1969)

PRIMARIO OSPEDALIERO

Dott. BUONCRISTIANI UMBERTO

Nato a FOLIGNO, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 16/07/1964

SPECIALISTA IN MEDICINA GENERALE (PISA - 09/11/1968)

SPECIALISTA IN MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO E TISIOLOGIA

(PISA - 19/11/1970), SPECIALISTA IN NEFROLOGIA MEDICA (PADOVA - 29/11/1972),

PRIMARIO OSPEDALIERO

Dott. CALISTI ARNALDO

Nato a FOLIGNO, Residente a FOLIGNO, Laureato a PERUGIA il 15/07/1964

SPECIALISTA IN PEDIATRIA (PAVIA - 18/10/1968), SPECIALISTA IN PUERICULTURA

(PAVIA - 13/12/1971) AIUTO OSPEDALIERO

Dott. CASAMASSIMA FRANCO

Nato a TARANTO, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 26/11/1964

Prof. CASUCCI GIOVANNI

Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 16/07/1964

SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO

(PERUGIA - 21/07/1967), SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 09/07/1970),

SPECIALISTA IN CLINICA DELLATUBERCOLOSI (ROMA - 09/11/1972), SPECIALISTA

IN MEDICINA INTERNA (PISA - 26/10/1976)

PROF. UNIVERSITARIO, SPECIALISTA AMBULATORIALE

Dott. COLONNELLI GIUSEPPE

Nato a BASCHI, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 28/11/1964
SPECIALISTA IN PEDIATRIA (PERUGIA - 05/07/1966), SPECIALISTA IN
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (ROMA - 26/11/1974), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. CUCCHIA LUIGI

Nato a PERUGIA, Residente a CORCIANO, Laureato a PERUGIA il 14/07/1964
MEDICO DI MEDICINA GENERALE, LIBERO PROFESSIONISTA

Prof. FIORE CESARE

Nato a NAPOLI, Residente a PERUGIA, Laureato a NAPOLI il 07/12/1964
SPECIALISTA IN OCULISTICA (PERUGIA - 03/06/1967), PROFESSORE
UNIVERSITARIO, LIBERA DOCENZA IN CLINICA OCULISTICA
CONSIGLIERE OOMM PERUGIA DAL 01/01/2009 AD OGGI, COORDINATORE
DELLA COMMISSIONE FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Dott. MAGGI GIUSEPPE CARLO MARIA

Nato a SAN PIETRO IN LAMA, Residente a BASTIA UMBRA, Laureato a PERUGIA
il 16/07/1964
SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (FIRENZE - 20/11/1968)
SPECIALISTA IN FISIOCHINESITERAPIA (FIRENZE - 16/07/1969), AIUTO OSPEDALIERO

Dott. PASQUI GIANNARCANGELO

Nato a CORTONA, Residente a CITTA' DI CASTELLO, Laureato a PERUGIA il
26/11/1964
SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DELL'APPARATO MOTORE
(ROMA - 19/07/1967), SPECIALISTA IN CHINESITERAPIA FISIOTERAPIA RIABIL.E
GINNASTICA IN ORTOPEDIA (ROMA - 29/03/1971)
SPECIALISTA AMBULATORIALE

Dott. PICCHIO ENIO

Nato a PASSIGNANO SUL TRASIMENO, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA
il 26/11/1964
SPECIALISTA IN GASTROENTEROLOGIA (PERUGIA - 21/11/1967), SPECIALISTA
IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 11/11/1969), SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E
MALATTIE DEL RICAMBIO (PERUGIA - 02/11/1971),
SPECIALISTA IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE,
(MODENA - 11/12/1972) PRIMARIO OSPEDALIERO

Prof. SIRACUSA ANDREA ALFREDO MARIA

Nato a VERONA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 14/07/1964
SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA (PERUGIA - 21/07/1969)
SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 20/07/1971)
SPECIALISTA IN CLINICA DEL LAVORO (FIRENZE - 19/07/1973)
PROFESSORE UNIVERSITARIO

Dott. TRABALZA NEARCO

Nato in LIBIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 26/02/1964
SPECIALISTA IN PEDIATRIA (PERUGIA - 22/06/1965) AIUTO OSPEDALIERO

Dott. TRINEI VINICIO

Nato a FILOTTRANO, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 16/07/1964
SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (FIRENZE - 17/11/1970)
SPECIALISTA IN CHINESITERAPIA FISIOTERAPIA RIABILE GINNASTICA IN
ORTOPEDIA (ROMA - 22/12/1977), AIUTO OSPEDALIERO

Successivamente sono stati consegnati dal Presidente e dalla Dott.ssa Maria Adelaide Susta i premi di laurea intitolati alla memoria del dottor Domenico Tazza indimenticabile e indimenticato collega e membro del nostro Consiglio.

Hanno ricevuto il riconoscimento i colleghi:

Dr.ssa Valentina BUBBA

Dr.ssa Miriam COMPAGNONI

Dr. Mario D'ORIA

Dr. Biagio RICCIUTI

Dr.ssa Letizia RISTORI

A conclusione della giornata la dottoressa Giulia Menculini ha pronunciato il giuramento professionale a nome di tutti i nuovi Iscritti che poi, chiamati uno ad uno dal segretario, hanno ricevuto dal Presidente una pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, il distintivo dell'Ordine e una penna USB contenente il nuovo Codice Deontologico, un manuale con le notizie utili (previdenziali, fiscali, burocratiche) per l'inizio della professione e l'Albo degli Iscritti in cui compare, per la prima volta, il loro nome.



La consegna delle medaglie 50 anni di laurea



Prof. Umberto Buoncristiani



La consegna della medaglia ricordo Prof. Umberto Buoncristiani



Prof. Giuseppe Barese



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Giuseppe Barese



Dott. Arnaldo Calisti



La consegna della medaglia ricordo Dott. Arnaldo Calisti



Prof. Giovanni Casucci



La consegna della medaglia ricordo Prof. Giovanni Casucci



Dott. Giuseppe Colonnelli



La consegna della medaglia ricordo Dott. Giuseppe Colonnelli



Prof. Cesare Fiore



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Cesare Fiore



Dott. Giannarcangelo Pasqui



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Giannarcangelo Pasqui



Prof. Andrea Alfredo Maria Siracusa



La consegna della medaglia ricordo Prof. Andrea Alfredo Maria Siracusa



Dott. Nearco Trbalza



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Nearco Trbalza



Dott. Vinicio Trinei



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Vinicio Trinei



Foto di gruppo

La consegna dei premi di laurea intitolati



Dott.ssa Valentina Bubba



Premio Laurea Dott.ssa Valentina Bubba



Dott. Mario D'Oria



Premio Laurea Dott. Mario D'Oria

alla memoria del Dott. Domenico Tazza



Dott. Biagio Ricciuti



Premio Laurea Dott. Biagio Ricciuti



Dott.ssa Letizia Ristori



Premio Laurea Dott.ssa Letizia Ristori



**8° CONGRESSO
REGIONALE
A.N.D.I. UMBRIA
20-21 MARZO 2015**

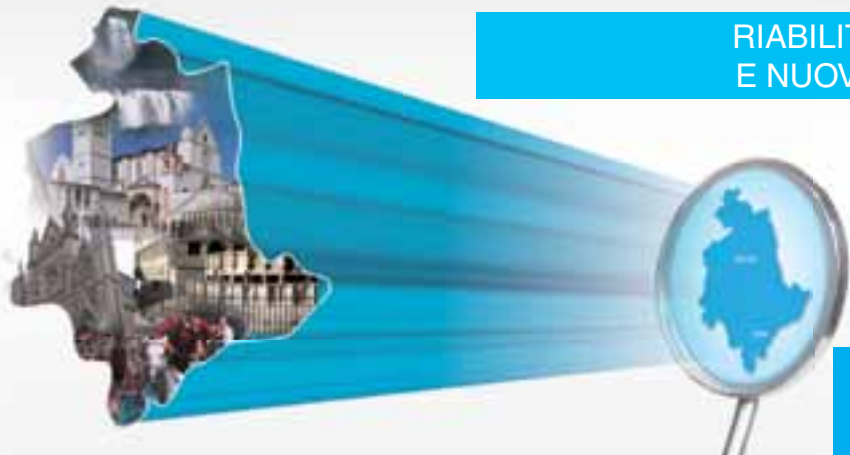
Cari Colleghi,

anche quest'anno torna il tradizionale appuntamento con il Congresso Regionale ANDI Umbria, giunto ormai alla 8° edizione.

Prevista anche una sessione per le Assistenti di studio.

Come al solito, i relatori saranno di livello elevatissimo, mentre verranno trattati, in uno speciale work shop pomeridiano, alcuni tra gli argomenti e le tecniche più innovativi ed interessanti del settore.

Visto infine il particolare momento storico-economico, l'ANDI ha compiuto un vero e proprio sforzo, al fine di garantire condizioni di partecipazione, riscontrabili nel sito, veramente straordinarie.



**RIABILITAZIONE ORALE
E NUOVE TECNOLOGIE**

Quattrotorri Hotel
Via Corcianese, 260
Perugia

CREDITI E.C.M. 8

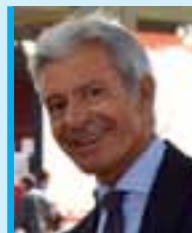
RELATORI



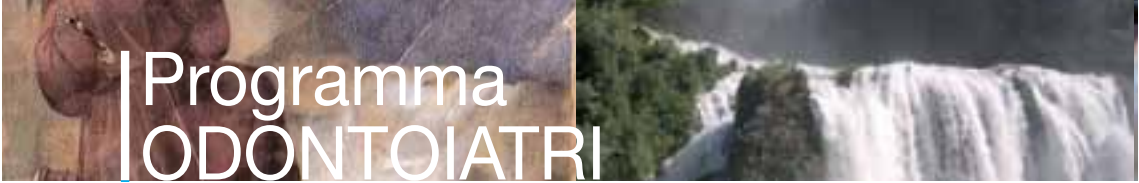
Tiziano TESTORI



Dario CASTELLANI



Antonio PELLICCIA



Programma ODONTOIATRI

RIABILITAZIONE ORALE E NUOVE TECNOLOGIE

VENERDÌ 20 MARZO

- 08:30** Apertura segreteria e iscrizioni partecipanti
- 09:00** Saluto del Presidente Nazionale ANDI
dott. **Gianfranco Prada** e delle **Autorità**
- 09:30** **Dott. Dario Castellani**
Fisiopatologia della protesi ad appoggio mucoso
- 11:00** *Coffee - Break*
- 11:30** **Dott. Dario Castellani**
La protesi totale
- 12:30** **Dott. Dario Castellani**
La protesi fissa e rimovibile
- 13:30** *Discussione*
- 13:45** *Chiusura lavori*

WORK SHOP

- 15:15** Studio di Radiologia/Braconi
Relatore **Dott. Ivan Dus**
La mancanza di supporto occlusale posteriore
nella sindrome cranio mandibolare
- 16:15** *Coffee - Break*
- 16:45** Dentsply
Relatore **Dott. Enrico Manca**
AQUASIL ULTIMATE: la nuova frontiera per rilevare l'impronta nel solco gengivale con assoluta precisione
- 17:45** Henry Schein/Krug
Relatore **Ing. Davide Zanusso**
Connect Dental - Dialogo Interattivo tra Studio e Laboratorio
Tecnologie 3D, Design Cad, Materiali protesici a disposizione di odontoiatri e odontotecnici

SABATO 21 MARZO

- 09:30** **Prof. Tiziano Testori**
La moderna programmazione implantare nel paziente totalmente e parzialmente edentulo
- 11:00** *Coffee - Break*
- 11:30** **Prof. Tiziano Testori**
Il carico immediato: stato dell'arte
- 13:15** *Discussione*
- 13:30** *Chiusura lavori*

PROGRAMMA ASSISTENTI STUDIO

- 08:30** Apertura segreteria e iscrizioni partecipanti
- 09:30** **Prof. Antonio Pelliccia**
Conosciamo la comunicazione dal "Passapapera" al "Web 3.0"
- 11:00** *Coffee - Break*
- 11:30** **Prof. Antonio Pelliccia**
Come si costruisce una campagna di comunicazione efficace
- 13:30** *Chiusura lavori*



Guardiamo lontano per raccontarvi il futuro

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

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

www.carifac.it

Numero Verde
800 373797



**CASSA DI RISPARMIO DI
FABRIANO E CUPRAMONTANA**

GRUPPO VENETO BANCA