



Bollettino ⁰²⁻²⁰¹⁵

**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 02/2015**

Montefalco, Porta S. Agostino

i n d i c e

IL MEDICO
DI FAMIGLIA
CANTASTORIE

pag. 5

LA TERAPIA
ANTICOAGULANTE
ORALE: DAL VECCHIO
AL NUOVO

pag. 13

TACUINUM
SANITATIS
DI BEVAGNA

pag. 23

QUELL'ETERNO
BISOGNO UMANO
DI SOLLIEVO

pag. 32

ENPAM:
TUTELA PER IL LIBERI
PROFESSIONISTI

pag. 38

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 02/2015

Sommario

ERAVAMO QUATTRO AMICI AL...L'ORDINE DEI MEDICI	3
IL MEDICO DI FAMIGLIA CANTASTORIE: LA CONSAPEVOLEZZA DELL'ESSERE PER LA CURA	5
LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE: DAL VECCHIO AL NUOVO	13
LA SALUTE E LA MEDICINA INTEGRATA	20
TACUINUM SANITATIS DI BEVAGNA	23
STRATEGIA PER GLI OVER 65	28
CASE REPORT FIBROXANTOMA ATIPICO	30
QUELL'ETERNO BISOGNO UMANO DI SOLLIEVO	32
PRESTAZIONI GRATUITE, COME CI SI DEVE COMPORRE CON IL FISCO	34
DALL'ANDI CORSI DI FORMAZIONE ADDETTO ALLA PREVENZIONE INCENDI, LOTTA ANTINCENDIO E GESTIONE DELL'EMERGENZE	35
ADALL'ANDI COMPILAZIONE STUDI DI SETTORE, PIÙ FACILE GRAZIE ALLA GUIDA ANDI. ECCO LE DATE DELLE SCADENZE FISCALI	37
ENPAM: ALL'ORIZZONTE UNA NUOVA IMPORTANTE TUTELA PER I LIBERI PROFESSIONISTI	38

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



ERAVAMO QUATTRO AMICI AL...L'ORDINE DEI MEDICI

Dott. Tiziano Sacrponi

Di solito le riunioni del comitato di redazione, piuttosto rare, di questo bollettino procedono in modo tranquillo e pacato, ma quest'ultima volta non è stato così. Il dottor Giuseppe Quintaliani, ha portato alla nostra osservazione un articolo del BMJ che riportava un racconto del dottor John Dean, un cardiologo inglese, dal titolo: "L'attività medica privata è immorale e i medici dovrebbero rinunciarvi".

In pratica, il collega d'oltre Manica esordisce così: "Prova a chiedere a un fumatore: l'ultima persona con cui vorrebbe stare mentre si sta accendendo una sigaretta è una che ha appena smesso di fumare. Ecco, io sento un disagio analogo con i miei colleghi da quando ho lasciato l'attività privata".

Prosegue dicendo che ad un certo momento della sua vita professionale, pur non essendo amante della vita lussuosa ed agiata, aveva accettato di affiancare alla sua attività nell'ospedale pubblico anche quella privata. Dover crescere i figli, dover ristrutturare la casa gli erano sembrati degli ottimi motivi per questa scelta, ma con il passare del tempo: "Mi sono reso conto, in coscienza, che non potevo continuare. Non importa quanto siano alti i tuoi

standard morali e etici: non puoi sfuggire al fatto che sei coinvolto in un business dove la condotta di alcuni - che è al limite del criminale - è finalizzata a predare i bisogni». il dottor Dean sottolinea il concetto che alla fine si verifica la condizione per cui i soldi contano più della salute dei pazienti ed incidono anche sulla qualità delle prestazioni offerte dal SSN in quanto

«non si può essere in due posti contemporaneamente, perciò il tempo speso nel privato priva il servizio sanitario di una valida risorsa».». Ma soprattutto perché svolgere l'attività privata cambia, per un medico, il modo in cui pratica la medicina. E lo fa in peggio. Un esempio?

«È difficile convincere un paziente privato a non ricorrere a esami e trattamenti non necessari anche se lo fai con i pazienti del servizio sanitario. Perciò, per evitare lo stress di questa dissonanza cognitiva, devi adottare lo stesso sistema in entrambe le parti della tua attività». In questo modo le prestazioni inappropriate vengono incentivate non solo nel privato, ma anche nel pubblico. Inoltre «l'attività privata crea un perverso incentivo ad aumentare le liste d'attesa nel pubbli-

co: dopo tutto, maggiori sono le liste d'attesa più cresce l'attività privata».

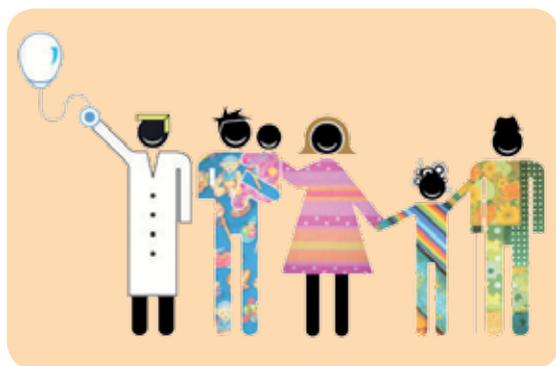
Il nostro Quintaliani ha concluso il suo discorso affermando di essere fortemente in linea con queste considerazioni e, proprio per questo, a suo tempo ha fatto la scelta del tempo pieno e di rinunciare a qualsiasi tipo di attività privata.

Come era logico aspettarsi, la reazione dei colleghi liberi professionisti è stata immediata.....si può avere un comportamento perfettamente etico anche da medici che lavorano esclusivamente nel privato, come noi odontoiatri... qualche perplessità ci potrebbe essere

in chi come il cardiologo inglese opera contemporaneamente nel privato e nel pubblico...no, assolutamente tutto dipende dalla persona e dalla moralità del collega.....

Ovviamente non siamo arrivati ad una conclusione, anzi, il giorno dopo c'è stato anche una coda della discussione attraverso scambio di posta elettronica. Io pure non ho risposte da dare. Mi congedo da Voi augurando a tutti delle buone vacanze, con la speranza che questo editoriale possa suscitare qualche ulteriore dibattito e riflessione in merito e che ci sia un seguito con lettere o email.





IL MEDICO DI FAMIGLIA CANTASTORIE: LA CONSAPEVOLEZZA DELL'ESSERE PER LA CURA

Dott. Tiziano Scarponi

Nel mese di giugno è stato pubblicato questo mio breve saggio nel numero 12 della Rivista Riflessioni Sistemiche, organo ufficiale dell'Associazione Italiana di Epistemologia e Metodologia Sistemiche. Questo numero della rivista, che ha un carattere monografico, è intitolato :“ Narrazioni” e contiene altri saggi brevi di autori come Giorgio Bert, Stefania Polvani che sono fra i nomi più conosciuti per la Medicina Narrativa a livello nazionale, come Per Luigi Luisi e Fritjof Capra che sono dei nomi internazionali nel mondo della sistemica e della complessità. Io ho avuto l'onore di poter vedere il mio lavoro accanto ai loro contributi.

Poiché più di un collega mi chiesto di farlo, mi sono deciso di pubblicarlo nel nostro bollettino rimandando al sito www.aiems. eu la possibilità di poter visionare on line tutta la rivista.

Sono in ambulatorio alla fine di una normale giornata di lavoro. Il telefono ha smesso di squillare, la sala d'aspetto si è finalmente svuotata e sto facendo quasi il conto dei minuti che mi separano dalla sortita dal mio studio. Devo ancora trattenermi, però, per compilare un paio di certificazioni e per questo sto interrogando molto velocemente il mio programma informatico che gestisce le cartelle cliniche dei miei pazienti. Le videate si succedono rapide e, come può accadere per la fretta, un tasto schiacciato per errore mi dirotta

sull'archivio dei pazienti deceduti. Era da molto tempo che non aprivo questa pagina, quasi mi ero dimenticato dell'esistenza... oramai con il collegamento telematico, quando l'anagrafe registra un decesso, il paziente muore di fatto anche virtualmente, così, in maniera automatica, venendo spostato nell'archivio “deceduti”.

E' veramente strano come il cervello si comporti con le persone, in questo caso pazienti, con cui hai interagito per anni, una volta che sono venuti a mancare. Spariscono, svaniscono, si confondono e si fondono nella nebbia del ricordo che sfuma, come le immagini che precedono il sonno. Eppure sino a poco o molto tempo prima erano lì, occupavano quelle sedie davanti alla mia scrivania ognuno con le proprie richieste, con le proprie pretese, con sorrisi e pianti. Scorro in maniera quasi automatica il lungo elenco di nomi con a fianco le date di nascita e di morte e la inesorabile crocetta nera, ma ecco che man mano che si susseguono le righe, da quei nomi cominciano a formalizzarsi nella mia mente delle immagini, dei volti..... Ah! Ecco Antonietta che per anni non mi ha dato pace con la sua “ pancia gonfia”: in ambulatorio almeno due volte al mese, mettendosi di profilo per mostrarmi quanto il suo ventre fosse esuberante e chiedendo-

mi con voce piagnucolosa di poterle risolvere questo problema. Mario, un marcantonio di muratore che non sono mai stato capace di far smettere di fumare e bere. Anna Maria, giovane amica sempre “delicatina” e silenziosa, portata via in pochi mesi da un cancro alla mammella di un’aggressività tale che ha lasciato tutti stupefatti.

Ogni riga un volto, ogni volto una storia o almeno un pezzo di storia vissuto insieme. L’ultimo nome che vedo prima di tornare nell’archivio dei pazienti “attivi” è quello di Paolina, che in modo quasi prepotente si fissa nella mia mente mentre sto proseguendo in quello che devo ancora fare. Quando mi concentro sulle certificazioni, il suo volto scompare, ma come allento per un attimo la mia concentrazione eccolo che riappare come una vecchia ferita che avevi dimenticato, che non faceva più male, ma che adesso ricomincia a dare qualche segnale, come se stesse per riaprirsi. Mentre sto tornando a casa, al volante della mia auto, quel suo caschetto di capelli biondi su quel viso lievemente segnato dalle cicatrici di un acne cistico adolescenziale ogni tanto fa capolino e riappare. Mentre mi rilasso, dopo la cena, ecco che Paolina riprende il sopravvento e la rivedo come se il tempo si fosse fermato allora, quando rilevò la bottega di parrucchiera a poche decine di metri dal mio ambulatorio.

Erano oramai diversi giorni che le varie “comari” che affollano immanabilmente le sale d’aspetto degli ambulatori dei medici di famiglia avevano preannunciato questo nuovo arrivo nel quartiere. Mi avevano anche bisbigliato che si trattava di una ragazza madre, dettaglio che per quei tempi aveva ancora un significato, infatti, quando

poco tempo dopo Paolina venne in ambulatorio a presentarsi come nuova paziente portò con sé anche la figliolletta che aveva il suo stesso cognome. Le presentazioni furono come da rito: anamnesi veloce, richiesta di eventuali esigenze, un buffetto alla bambina, però, già da qualche parte sentivo che non sarebbe stata una gestione semplice. Ben presto, infatti, i sospetti furono fondati: in media una o due volte la settimana entrava trafelata, senza nemmeno provare a bussare, qualche cliente della parrucchiera invocando il mio pronto intervento per Paolina. La scena più o meno era sempre la stessa, con la protagonista sdraiata a terra mentre le soccorritrici di turno le tenevano sollevate le gambe e le sventolavano qualche rivista davanti al viso a mo’ di ventaglio; lei talora con gli occhi chiusi o aperti sbarrati, in iperventilazione, tutta irrigidita. L’esame obiettivo come da copione: segni vitali conservati, pressione arteriosa normale... insomma i classici attacchi di panico. Ogni volta da parte mia le stesse risposte: “Tranquilla! Non c’è niente! E’ solo tanta ansia perché il cuore va bene, la pressione pure! Cerca di controllartiti!”. In effetti, oramai, avevo perso il conto delle volte che veniva in ambulatorio con le sue gambe tremolanti o di quelle in cui venivo chiamato d’urgenza nel suo negozio. Nonostante le mie assicurazioni, nonostante cercassi ogni volta le argomentazioni più appropriate per cercare di giustificare i suoi sintomi e i suoi disturbi, non riuscivo minimamente ad ottenere qualche risultato: “Dottore! Sento la morte che sta arrivando! E’ come se la mia testa si staccasse dal resto del corpo ed io non riesco più a capire se sono in grado di controllare le mie braccia e

le mie gambe.....è una sensazione penosa che mi blocca, che mi impedisce di andare avanti. Penso a mia figlia, a come le sarà possibile andare avanti senza di me". Questo era il mantra che Paolina recitava in modo ossessivo ogni volta che accorrevo in suo aiuto dopo che avevo finito la visita medica oramai sempre più breve e succinta. Ogni tentativo terapeutico di tipo farmacologico durava due o tre giorni per essere poi interrotto a causa di effetti collaterali mai rintracciabili sull'ufficiale "bugiardino". Ogni volta che l'avevo inviata da qualche specialista d'organo con la speranza di convincerla che non avesse nulla di patologico avevo fallito, per non parlare poi delle richieste di consulenza psichiatrica: nemmeno prese in considerazione. Insomma mi ritrovai alla fine in un profondo *cul de sac*, vuoi per la mia inesperienza di allora che mi portava, sempre e comunque per prima cosa, ad escludere malattie organiche o vuoi per la sua grande capacità a prendere poi lei "in mano" la gestione di tutto, anche di me.

Un giorno arrivò una telefonata. Era la madre di Paolina, mai conosciuta, che avevo solo sentito nominare molto sporadicamente, che mi pregava di correre a casa perché la Nostra si sentiva veramente male. Arrivai in modo abbastanza non sollecito presso la loro abitazione: una casa in aperta campagna con tanto di galline che razzolavano sul cortiletto. A ricevermi c'era una signora anziana con il tipico fazzolettone annodato sotto il collo come si usava nella migliore tradizione contadina umbra, si presentò come la mamma, scuotendo la testa come in senso di disapprovazione mi accompagnò al capezzale di Paolina e si congedò. Questa era nella sua stanza impre-

gnata dal fumo di sigaretta che aveva sempre accesa e, sdraiata sul letto e accoccolata vicino al suo grembo, c'era la figlioletta che tradiva dal suo viso preoccupazione ed ansia. "Allora? Siamo alle solite?" esclamai. Lei dopo una pausa di silenzio che non terminava mai, dopo aver invitato la bimbetta a raggiungere la nonna, sottovoce cominciò a parlare:" Sono contento che sia venuto a casa, potrà finalmente così vedere dove vivo e soprattutto con chi vivo. Come avrà capito quella donna che le ha aperto, è mia madre. Mio fratello molto più grande di me vive a Milano da tanto tempo ed è come se non esistesse. Noi siamo una famiglia contadina, mio padre è morto da diversi anni e il terreno che avevamo è stato quasi tutto venduto per tirare avanti e ci è rimasta solo questa casa che avrebbe bisogno di tanti interventi di manutenzione. Io sono andata a fare la parrucchiera appena finite le scuole dell'obbligo come apprendista, poi, dopo aver lavorato alcuni anni come dipendente, ho deciso di mettermi in proprio. Quasi nello stesso periodo sono rimasta incinta e ho deciso di portare avanti la gravidanza. Da allora è successo il pandemonio: il mio ragazzo si è volatilizzato e mia madre che già aveva maldigerito lui, la mia scelta di aprire una bottega mia, ha cominciato a torturarmi psicologicamente sul fatto che non volevo abortire. E' stata un assillo continuo: stupida, cretina erano gli insulti più tranquilli che mi faceva, per non parlare poi quasi della "morte civile" che mi aveva dato, insomma mentre per quasi tutte le donne la gravidanza è una felice attesa, per me è stata una battaglia ed un logorio continuo. Solo il sentire questa creatura che si muoveva dentro di me



mi ha dato la forza di andare avanti e non farla finita. Adesso inoltre si sono aggiunti altri problemi. Ho accumulato diversi debiti con la banca per aprire il negozio vicino al suo ambulatorio e il lavoro non va per niente bene... come faccio a stare tranquilla come lei mi dice? “. Non mi ricordo bene come risposi, senza dubbio com'è mia abitudine quasi innata, rimasi abbastanza in silenzio. Sono convinto, infatti, che di fronte a certe situazioni e problemi, dare delle risposte immediate, magari le prime che ti vengono in mente, sarebbero nella migliore delle ipotesi banali. Molto probabilmente avrò chiesto scusa, avrò cercato di dare comunque un senso a quello che faceva, avrò cercato di valorizzare il suo ruolo di madre e di sottolineare come le sue crisi avrebbero potuto influire sulla bambina...non mi ricordo! Quello che ricordo bene invece è che da quella volta i suoi attacchi di panico diminuirono di frequenza per cessare quasi del tutto di lì a poco. La storia di Paolina è proseguita con un suo matrimonio che poi è saltato dopo pochi anni. La bottega da parrucchiera è stata in seguito rilevata da un'altra gestione e con il ricavato ha

potuto così estinguere i debiti che aveva accumulato. La figlioletta è cresciuta, è diventata a sua volta una donna ed ha iniziato a lavorare e si è fidanzata. Paolina si è messa fare la collaboratrice domestica e la situazione sembrava trascorrere in maniera semplice ma tranquilla ed accettabile, quando un giorno venni chiamato di nuovo con urgenza alla sua casa. Pensavo ad un ritorno alle origini, per telefono mi dicevano che aveva tanto mal di testa che le sembrava di svenire. Una volta arrivato però, capii subito che c'era dell'altro, segni di deficit neurologici... la ricoverai immediatamente.

Dopo qualche giorno andai a trovarla all'ospedale, i colleghi mi parlarono di metastasi cerebrali partite da un tumore polmonare che sino a quel momento era stato completamente asintomatico, la tosse per lei, fumatrice accanita, non aveva rivestito nessuna importanza. Quando entrai nella sua camera mi accolse sorridendo, innaturalmente tranquilla:” Lo vedi dottore, che alla fine avevo ragione io! Adesso ci credi che sto male?” Oramai mi dava del tu da anni. Anche allora a casa sua probabilmente risposi con il

silenzio, mi ricordo poi che parliamo di sua figlia che oramai era autonoma e mi congedai da lei dicendole che ci saremmo rivisti a casa...fu così, ma per redigere il certificato della sua morte. Questa è una storia, una narrazione che riguarda la vita di una mia paziente, ma senza dubbio anche la mia vita, sia quella di medico sia quella di uomo, se fosse mai possibile segnare un confine fra il mio essere uomo ed essere medico. Io penso però proprio di no. Sono perfettamente in armonia con quello che dice Mauro Ceruti nel suo: "La fine dell'onniscienza" in cui afferma che non può esistere lo scienziato, l'uomo di scienza, il professionista che possa scegliere ed operare in maniera atemporale, decontestualizzata, avulsa cioè da tutte quelle coordinate di spazio e tempo in cui si trova di fatto a lavorare (Ceruti, M., 2014). Come potrei adesso io, dopo questa esperienza, dopo questa co-costruzione di questo percorso e relazione poter essere neutro e neutrale e oggettivo? Il mio scegliere, il mio indagare sarà sempre e comunque condizionato: dall'esperienza, dalle informazioni avute, dal contesto in cui mi trovo. Avrò i miei pregiudizi in senso "Gadameriano" che condizioneranno di fatto l'evoluzione delle scelte e potrei quindi provocare il dispiegamento di una realtà oppure di un'altra realtà. Pochi si rendono conto come quella che dovrebbe essere una scelta oggettiva e sequenziale rispetto ad un dato iniziale: sintomi, subisce spesso dei cambiamenti, degli spostamenti talora coscienti talora inconsapevoli derivanti dalla soggettività del medico e del paziente. Senza invocare la sorte, il destino o il caso alla sliding doors si deve prendere atto che il nostro "metodo" è equiparabile

a quello che in fisica sarebbe definito un vettore, ad una forza cioè che ha una direzione e che può senza dubbio determinare poi l'evoluzione di un sintomo verso una quadro clinico o un altro quadro clinico. E' estremamente importante che questo concetto sia capito e metabolizzato, tante, infatti, sono poi le ricadute in termini di etica e responsabilità professionale. Basti pensare alla scelta di medicalizzare o meno la paura di crescere di un adolescente, la solitudine di un anziano o la "semplice" somatizzazione di un'ansia. Sergio Boria nel suo breve ma prezioso saggio: "Verso una medicina della complessità" scrive: "*il medico di famiglia partecipa alla vita dei suoi utenti e all'evoluzione dei loro sistemi sociali d'appartenenza nell'arco di molti anni. Ha inoltre accesso alle dinamiche familiari attuali nel contesto delle quali si realizza l'esistenza dei suoi utenti. E' infine alle prese quotidianamente con il labirintico intreccio delle relazioni mente-corpo, muovendosi molto spesso al confine tra la dimensione somatica e quella psichica. E' quindi il medico di famiglia che meglio di qualsiasi altro professionista della cura è nella condizione di cogliere la natura sistemica e storico-processuale dei sistemi viventi*" (Boria S., 2013). Ovviamente sono affermazioni che sottoscrivo, ma voglio aggiungere alcune considerazioni di carattere generale sulla cornice epistemologica dentro cui noi medici di famiglia ci muoviamo e sulle specificità e peculiarità della medicina narrativa in medicina di famiglia.

Il metodo basato sull'approccio biomedico, dando per scontato che esista davvero, è quello che ci viene insegnato all'Università. La malattia è convenzionalmente individuata in un'ottica

riduzionista come uno scostamento dalla norma di varianti biologiche misurabili a prescindere dagli aspetti psichici e sociali del paziente, è poi anche di quest'ultimi decenni l'altare della Evidence Based Medicine su cui viene sacrificato tutto quello che non è numericamente oggettivo. Non voglio essere frainteso! Nessun'obiezione sull'utilità del rigore e della numerosità degli studi controllati che permettono di valutare l'utilità di quel farmaco o di quella procedura, ma il medico di famiglia è l'operatore sanitario che sperimenta per primo, sulla propria pelle, l'insufficienza e l'incompletezza di tale approccio. Come spiegare i sintomi senza malattia? Quale bussola ci può orientare nel pianeta che viene definito illness, quando cioè il paziente esprime un quadro di disagio, quando dice che non si sente bene senza presentare però una clinica ed una sintomatologia tale da configurare una disease, una malattia cioè nosograficamente connotata? Senza dubbio per noi medici di famiglia il paradigma che vale è quello che poggia sulla relazione perché come afferma McWhinney: "*l'oggetto della nostra conoscenza non è la malattia, ma il paziente*" (McWhinney, 1993) e cioè l'uomo e, pertanto, ecco che per noi la malattia non è più una categoria, un capitolo della patologia medica o chirurgica, ma diventa un costrutto, un puzzle formato da tanti pezzi assemblati volta per volta attraverso la relazione medico-paziente. La relazione, pertanto, se nella prassi specialistica è quasi irrilevante ai fini dei risultati clinici e rientra nel campo dell'etica e della deontologia, nel momento in cui diviene fattore capace di modificare la malattia considerata come illness, assume un ruolo centrale, un ruolo che

partecipa alla dinamica del processo di cura, un ruolo di metodo con cui giochiamo sovente la nostra professionalità. Quali strumenti pertanto occorrono per praticare questo ruolo di mediatori fra la soggettività dei nostri pazienti e la presunta oggettività della scienza medica? Quale mezzo e strategia per penetrare meglio la weltanschauung dei nostri pazienti se non la medicina narrativa? Quante diagnosi sarebbero possibili e quanti accertamenti strumentali sarebbero evitati se ai pazienti fosse sempre data la possibilità di esprimersi, di raccontarsi e di raccontare. Troppe volte ci "allacciamo il camice" e dopo aver fatto parlare il nostro paziente per soli dieci o venti secondi, lo dirottiamo verso quella ipotesi diagnostica che abbiamo formalizzato nella nostra mente corroborandola con una lunga lista di analisi e prestazioni.

Su questo punto credo, però, che sia opportuno fare alcune considerazioni su certi possibili sviluppi della medicina basata sulla narrazione e sulla sua specificità nella medicina di famiglia. La medicina narrativa attualmente sta diventando come un fiume in piena che si ingrossa sempre più: tutti ne parlano, tutti ne sono entusiasti e tutti sono convinti in un certo qual modo di conoscerla e praticarla. Questo fatto ha senza dubbio stimolato l'Istituto Superiore di Sanità a costituire un gruppo di esperti per dar vita ad una Conferenza di Consenso denominata: "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative" che ha partorito un documento definitivo di consenso che è stato pubblicato nella collana "I Quaderni di Medicina" de Il Sole 24Ore Sa-

nità (Allegato a n.7, 24 feb.-2mar.2015) con il contributo incondizionato della multinazionale del farmaco Pfizer. Senza dubbio si è sentita l'esigenza di "normare" e "teorizzare" la Medicina Basata sulla Narrazione per evitare che uno spontaneismo incontrollato potesse dar vita ad uno stile salottiero del prendersi cura. Sono stati esplorati i presupposti, la storia, i modelli di approccio per arrivare ad una definizione e indicare anche gli strumenti. Questa esigenza di normare però, questa volontà di proporre una definizione ed una metodologia, se da una parte origina da un sacrosanto principio di voler portare ordine e chiarezza, dall'altra può incorrere nel rischio di tornare sudditi del paradigma scientifico la cui insufficienza si voleva superare: "*Tuttavia, è importante evitare di finalizzare la medicina narrativa al solo contesto della cura di un singolo paziente perché non è possibile eludere la richiesta che essa debba essere sottoposta a stringenti requisiti di validità scientifica*" (documento cit pag 17), si avverte cioè la tentazione di voler a tutti i costi oggettivare e reificare, nel senso di trasformare in oggetto, quello che è un rapporto umano dinamico, di scambio di un qualcosa che molto spesso è impalpabile e non misurabile.

La seconda considerazione riguarda proprio come la Medicina Narrativa si ponga nei confronti della Medicina di Famiglia, nel senso che quasi tutti quelli che hanno lavorato al documento di consenso non conoscono e non vivono la nostra realtà e la nostra consuetudine lavorativa. Qualcuno forse non è nemmeno direttamente coinvolto in una relazione di cura o il suo prendersi in carico di un paziente inizia ad un certo punto della vita del pa-

ziente: dopo un ictus, dopo la diagnosi di una malattia diabetica o di una malattia oncologica o degenerativa. Per noi non si dà questa realtà. L'interazione con i nostri pazienti comincia spesso quando ancora sono sani, quando ancora non sono dei malati o addirittura con i genitori del paziente, prima che venga al mondo. Noi partiamo da un osservatorio privilegiato in quanto del Nostro conosciamo in partenza la sua ecologia, il suo essere-nel-mondo con le sue prerogative...il cosiddetto approccio bio- psico-sociale si dà o si dovrebbe dare in modo quasi automatico. Che voglio dire con questo? No di certo che per noi la Medicina Narrativa sia innata come dote naturale, ma che mentre per il riabilitatore, il diabetologo o l'oncologo la narrazione inizia con i capitoli posti a metà o prossimi alla fine del libro del nostro paziente, per noi la storia comincia con il primo capitolo se non addirittura con la prefazione perché come dice ancora Sergio Boria nei nostri confronti:" ho spesso verificato in loro una sorta di "*conoscenza sistemica incarnata*" (embodied).....e con questa conoscenza possiamo spesso percorrere scorciatoie impensabili per altri operatori e arrivare a risultati incredibili. Il vero problema è far acquisire a tutti i colleghi questa consapevolezza che richiama poi il vecchio concetto di M. Balint su come il medico stesso sia di fatto una medicina con indicazioni, controindicazioni ed effetti collaterali (Balint. M, 1982).

Considerazioni conclusive

La storia di Paolina costituisce per un medico di famiglia quasi una cronaca di normale quotidianità. La paziente offre dei sintomi, un quadro clinico di

presentazione somatica di disturbi psichici che talora potrebbero essere inquadrati come attacchi di panico, talora come disturbo d'ansia generalizzato, talora come disturbo di conversione. Sono convinto che se si alternassero dieci psichiatri avremmo dieci diagnosi psichiatriche diverse. Per noi, però, medici di famiglia o medici di medicina generale nell'accezione preferita da molti, questo non è un problema, siamo abituati a convivere con l'incertezza e con l'indefinito. Giustamente qualcuno (G. Parise, 2003) ha definito la Medicina Generale come Scienza del Limite: " *Lavorare come medico di medicina generale significa seguire nel tempo una popolazione costituita da singoli pazienti ed intessere una relazione unica e irripetibile con ognuno di essi. Significa avere la possibilità di riflettere sui limiti dell'attività medica, conoscere quanto non si può fare: il sapere medico può essere solo contingente, non può penetrare il tempo per quel singolo paziente. Anche se in termini generali le formulazioni diagnostiche e prognostiche sono all'insegna del determinismo, nei termini particolari di quel paziente non esiste prevedibilità: il medico segue il paziente di tratto in tratto. Ogni consultazione è nodo iniziale di una serie di possibilità che si dipanano ad albero e che ri-*

spondono alle leggi della contingenza e non a leggi generali. Come la legge di gravità non dice perché la mela cade proprio in testa a Newton in quel preciso giorno e non può prevedere quando cadrà la prossima mela in testa a qualcuno, la scienza medica non dice molto su come si svolgerà la malattia in quel particolare paziente".

Paolina ha continuato per mesi a richiedere il mio intervento e per mesi ho cercato di rispondere da medico, non avevo capito, o meglio avevo capito benissimo come del resto sapeva benissimo anche lei, che "il dente che faceva male" non era nella sua bocca, ma andavamo avanti tutti e due con una finzione di fatto. Andare nella sua casa, conoscere anche se in modo succinto il suo ambiente, la sua "ecologia" ha provocato quel senso di "comprensione" reciproca. E' stato forse sufficiente questo: sentirsi capita, sentirsi accettata... ho raccontato la mia storia, mi hai capita, hai accettato e vissuto con me la mia sofferenza. Mi basta questo, stai convivendo con me il mio dolore e la mia precarietà. Questa è senza dubbio prendersi cura e farsi carico.

Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est
San Benedetto da Norcia

Bibliografia

Balint M., 1982. Medico paziente e malattia, Feltrinelli, Milano. Boria S., 2013. Verso una Medicina della Complessità. Il ruolo del medico di famiglia a orientamento sistemico, Guaraldi, Rimini. Ceruti M., 2014. La fine dell'onniscienza, Studium, Roma. McWhinney, 1993 (Why we need a new clinical method, Scand J Prim Health Care 1993; 11: 3-7) Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative " I Quaderni di Medicina" de Il Sole 24Ore Sanità (Allegato a n.7, 24 feb.-2 mar.2015). Parise.G., 2003. Un nuovo metodo clinico, in Medicina Generale; 24-25, UTET Torino.



LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE: DAL VECCHIO AL NUOVO

*Dott. Mauro Berrettini
Già Responsabile della Struttura di Medicina Generale
Ospedale "S. Maria della Stella" di Orvieto*

Pradaxa® (dabigatran), Xarelto® (rivaroxaban), Eliquis® (apixaban): questi i nomi di farmaci che molti medici, soprattutto quelli che assistono pazienti con malattie cardiovascolari, stanno cercando di memorizzare. Sono i nuovi anticoagulanti orali (NAO) che hanno recentemente ottenuto l'autorizzazione per indicazioni per le quali da decenni vengono usati gli antagonisti della vitamina K (AVK), il Coumadin® (warfarin) e il Sintrom® (acenocumarolo). Rispetto agli AVK, i NAO hanno il vantaggio di non richiedere controlli di laboratorio di routine ed è pertanto prevedibile che la loro disponibilità avrà un grande impatto nella pratica clinica.

In una fase di transizione dal vecchio al nuovo, è opportuno avere chiari in mente alcuni elementi di confronto tra le due classi di farmaci, gli AVK ed i NAO, nei diversi aspetti di farmacologia clinica.

Farmacologia Clinica (Tabella I)

Gli AVK sono anticoagulanti **indiretti**, in quanto riducono le reazioni coagulative mediante il blocco della carbossilazione vitamina K-dipendente dei fattori coagulativi (Fattori II, VII, IX e X) a livello epatico, dove del resto il loro metabolismo è fortemente influenzato dal sistema dei citocromi P450.

Ne derivano conseguenze importanti, come la variabilità della risposta individuale ad una dose fissa di farmaco, sia su base genetica che acquisita (interferenze farmacologiche, abitudini alimentari, comorbidità), cosa che costringe a misurare continuamente l'effetto anticoagulante finale e ad aggiustare la dose per mantenerlo all'interno di una finestra terapeutica stretta (il famoso INR tra 2 e 3).

I NAO sono anticoagulanti **diretti**, che agiscono per inibizione competitiva reversibile di singoli fattori coagulativi: il fattore II attivato (IIa, ovvero trombina) come nel caso del dabigatran, o il fattore X attivato (Xa) nel caso del rivaroxaban e dell'apixaban. Dopo assunzione orale vengono rapidamente assorbiti e dopo due ore circa raggiungono il picco di concentrazione ematica con un rapporto lineare con la dose. Hanno tutti emivita breve, intorno alle 10 ore, il loro metabolismo non dipende da citocromo P450, anche se tutti sono possibili substrati della glicoproteina P. Ne consegue che le interferenze farmacologiche sono più limitate rispetto agli AVK, e praticamente nulle le interferenze con il cibo. L'escrezione avviene sia a livello renale che epatico, con differenze importanti tra i farmaci: la clearance

renale è preponderante nel caso del dabigatran (circa l'80%), parziale (25-35%) per apixaban e rivaroxaban.

Efficacia clinica

Per oltre 50 anni gli AVK hanno costituito il cardine della prevenzione a lungo termine della trombosi in condizioni ad alto rischio, come la fibrillazione atriale, il tromboembolismo venoso e le protesi valvolari cardiache. Il successo di questi farmaci è legato alla loro indiscussa efficacia, con riduzioni del rischio relativo che vanno dal 60 al 90%, un beneficio che nessun altro farmaco può vantare. Si stima che in Italia siano trattati con farmaci anticoagulanti quasi un milione di pazienti, e questa cifra è destinata ad aumentare per il progressivo incremento di incidenza della fibrillazione atriale.

Le proprietà antitrombotiche dei NAO sono state inizialmente valutate nella profilassi a breve termine del tromboembolismo venoso in pazienti sottoposti ad interventi chirurgici ortopedici ad alto rischio (protesi di anca e di ginocchio). In questo contesto tutti e tre i farmaci hanno ottenuto l'approvazione per la loro efficacia pari o superiore a quella del trattamento standard con eparine a basso peso molecolare.

Successivamente, vari studi clinici controllati hanno confrontato i NAO con gli AVK in due contesti clinici: 1) la prevenzione dell'ictus cerebrale e dell'embolia sistemica nei pazienti con fibrillazione atriale cronica non valvolare; 2) La prevenzione delle recidive nei pazienti con trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare. In estrema sintesi, senza entrare nei dettagli dei singoli studi, tutti e tre i

farmaci hanno dimostrato un'efficacia pari a quella degli AVK.

Nella terza indicazione degli AVK, invece, vale a dire la prevenzione dell'embolia sistemica e dell'ictus nei portatori di protesi valvolari cardiache, il dabigatran si è dimostrato scarsamente efficace, ed in tale contesto i NAO non devono essere utilizzati.

I NAO sono stati infine studiati largamente anche nelle sindromi coronariche acute, con risultati contrastanti. Non entreremo nei dettagli degli studi in quanto in Italia i NAO non sono autorizzati per tale indicazione.

Sicurezza

Una terapia anticoagulante comporta inevitabilmente un incremento di complicanze emorragiche. Per quanto riguarda gli AVK, l'incidenza di emorragie è direttamente correlata ai livelli di anticoagulazione così come misurati con l'INR e dipende strettamente dalla qualità della gestione e della sorveglianza della terapia. In generale, nei vari studi l'incidenza totale di eventi emorragici è compresa tra il 5 ed il 15%, con eventi maggiori tra il 2 ed il 5%, ed eventi fatali intorno allo 0,5% pz/anno. Il timore delle complicanze emorragiche ha rappresentato da sempre il principale fattore limitante per l'uso degli AVK, e vari studi hanno documentato che non più del 50-60% dei pazienti che hanno indicazione al loro impiego in pratica li riceve.

Negli studi clinici controllati di fase III sul confronto tra AVK e NAO, l'incidenza di eventi emorragici è risultata in genere inferiore con i NAO, con una riduzione del rischio relativo di emorragie totali del 20-30% e di emorragie



maggiori del 20-40%. In particolare, in modo consistente con tutti e tre i NAO l'incidenza di emorragie intracraniche è risultata dimezzata.

Va sottolineato che i NAO sono controindicati in pazienti con insufficienza renale con clearance della creatinina inferiore a 30ml/min ed in gravidanza.

Gestione delle terapie

Come già accennato, il trattamento con AVK necessita di un continuo aggiustamento delle dosi in base ai valori dei controlli di laboratorio (INR). La gestione dei pazienti avviene con modalità diverse, ad esempio a carico dei medici di medicina generale, a carico di centri specializzati, a carico dei pazienti stessi o dei loro familiari. L'impegno sociale ed economico è notevole, sia per i pazienti ed i loro familiari, sia per il sistema sanitario.

Con i NAO, la gestione è sicuramente

più semplice, se non altro per il fatto che i farmaci vengono prescritti a dosi fisse senza necessità di misurarne continuamente l'effetto con esami di laboratorio. In effetti, i NAO alterano i test coagulativi (il PTTa con il dabigatran, il TP con rivaroxaban), ma questi esami non sono necessari per stabilire le dosi. Possono essere utili solo in circostanze particolari, quando vogliamo accertare la presenza o meno nel sangue di un effetto farmacologico.

Se da un lato non dobbiamo eseguire sistematicamente esami di laboratorio, dall'altro una sorveglianza clinica attenta è comunque opportuna anche con i NAO, con l'obiettivo principale di controllare l'**aderenza** del paziente al trattamento. Saltare una o due dosi può non comportare conseguenze con gli anti-K, il cui effetto è prolungato, mentre può esitare in eventi tromboembolici con i NAO che

hanno effetti di breve durata. Questo concetto deve essere illustrato pienamente ai pazienti all'inizio della terapia e deve essere rinforzato nel corso della terapia per garantire una "compliance" totale. Un secondo obiettivo importante della sorveglianza, soprattutto nei pazienti più anziani, è la valutazione della **funzione renale**, la cui compromissione (che all'inizio può essere del tutto asintomatica) può indurre accumulo dei farmaci, in particolare il dabigatran, ed esporre il paziente al rischio di emorragie.

Per quanto riguarda le interferenze farmacologiche, è opportuno ampliare quanto già brevemente accennato in precedenza. Come è noto, gli AVK sono largamente soggetti a potenziamento o riduzione della loro attività per il fatto che il loro metabolismo è legato al sistema del citocromo P-450, soprattutto all'isoenzima CYP2C9, bersaglio vulnerabile per una lunga lista di farmaci interferenti. I NAO sono indipendenti da questo sistema, e questo riduce di molto le interferenze. Tuttavia tutti e tre i NAO sono substrati della Glicoproteina P, che a livello intestinale regola l'efflusso di molti farmaci, per cui i loro livelli ematici sono modificabili da farmaci inibitori (amiodarone, verapamil, antimicotici azolici) o induttori (desametasone, rifampicina) della glicoproteina P. In aggiunta, rivaroxaban ed apixaban sono metabolizzati in parte anche dal citocromo CYP3A4, soggetto ad inibizione (antifungini azolici, macrolidi, antiproteasi) o induzione (carbamazepina, rifampicina) da parte di vari farmaci. Va inoltre considerato che se un'interferenza farmacologica è facilmente evidenziabile con gli anti-K grazie alle variazioni

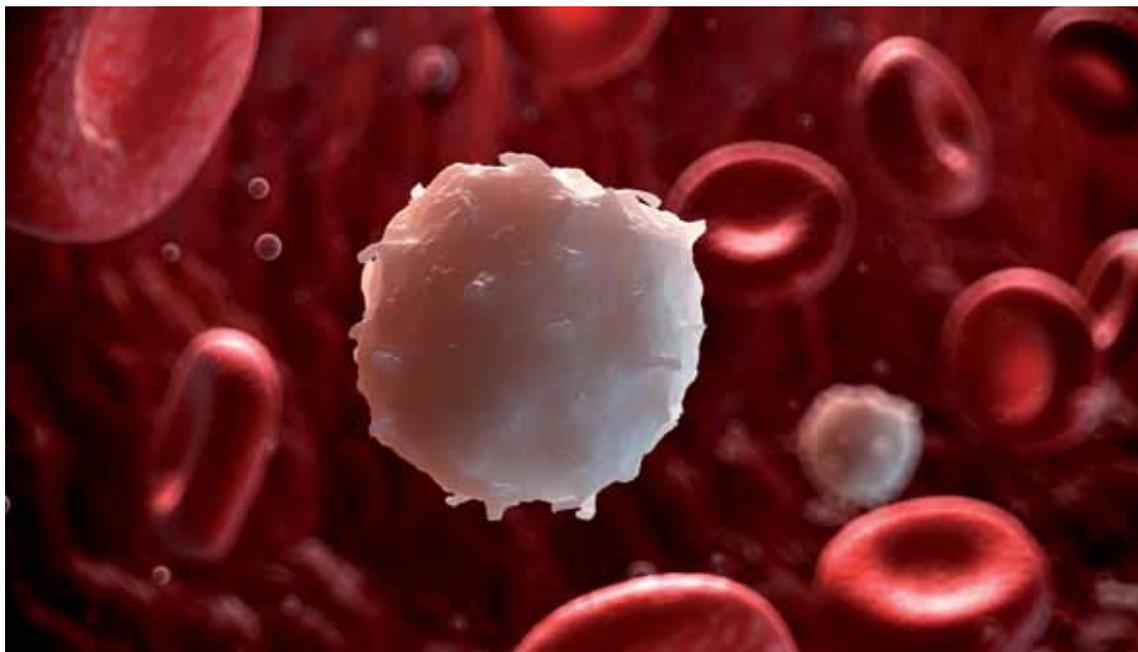
dell'INR, ciò non vale per i NAO per la scarsa affidabilità dei comuni test di laboratorio (aPTT e TP) nel misurare il loro effetto.

Un soggetto in terapia anticoagulante è comunque sempre un "paziente delicato" che richiede risposte specifiche in numerose circostanze:

a) *In presenza di complicanze emorragiche.* La prima ovvia misura è la sospensione dei farmaci, e questo può essere sufficiente in caso di emorragie lievi. In presenza di emorragie maggiori, è necessario ripristinare nel più breve tempo possibile un normale sistema emostatico. Con gli AVK abbiamo a disposizione un antidoto, la vitamina K, che comunque ha una latenza di effetto di 6-12 ore. In presenza di emorragie potenzialmente mortali (intracraniche ad esempio) o comunque con segni di shock, è necessario eseguire, in aggiunta alla vitamina K, una terapia sostitutiva con i concentrati del complesso protrombinico (PCC).

Con i NAO la gestione delle emorragie gravi è più complicata, in quanto per adesso non sono disponibili antidoti specifici per i diversi farmaci. È vero che i NAO hanno un'emivita breve, tuttavia la loro azione può essere prolungata in presenza di insufficienza renale. Sono stati proposti, ma non validati, trattamenti con PCC o con il fattore VII attivato ricombinante. Il dabigatran è dializzabile.

b) *in occasione di interventi chirurgici o manovre invasive.* Si stima che circa il 10% dei pazienti anticoagulati abbia bisogno di sottoporsi ogni anno a procedure chirurgiche. Il comportamento varia in funzione di diverse considerazioni a) il rischio emorragico della procedura, b) il rischio trombotico in as-



senza di copertura anticoagulante, c) l'urgenza dell'intervento. In breve, per gli interventi in elezione, gli AVK possono essere sospesi 4-5 giorni prima senza somministrare vitamina K, per poi ripresi 4-5 giorni dopo l'intervento se il rischio emorragico non è elevato; se il periodo di sospensione è prolungato ed il rischio trombotico elevato, di solito il periodo perioperatorio viene coperto con la somministrazione di eparina a basso peso molecolare (bridging therapy). Per la chirurgia d'urgenza, va somministrata vitamina K, 10 mg e.v., e se non si possono aspettare le 6-10 ore, va infusa la terapia sostitutiva con PCC.

Con i NAO, gli interventi in elezione sono più semplici, basta sospendere i farmaci 24 ore prima se non c'è insufficienza renale, e riprenderli 24 ore dopo se il rischio emorragico è basso, senza necessità di bridging therapy che va considerata solo se l'anticoagulante non può essere ripreso rapi-

damente. In condizioni di urgenza, è necessario conoscere l'ora di assunzione dell'ultima dose, eseguire esami di laboratorio (PTT_a per i dabigatran, PT per rivaroxaban ed apixaban), e posporre quanto più possibile l'intervento. Se non si può aspettare e si presume che persista l'effetto anticoagulante, vanno somministrati i PCC.

I Costi.

I costi di acquisizione del farmaco sono attualmente molto più elevati per i NAO (2-3 euro/di) che per gli AVK (0.07 euro/di), e se in Italia l'intera popolazione di pazienti anticoagulati passasse ai NAO si verificherebbe un incremento di spesa sanitaria di circa mezzo milione di euro. In periodi di ristrettezze economiche, l'allocazione delle risorse pubbliche non può prescindere da un'attenta valutazione del rapporto costi/benefici. Sono disponibili numerose valutazioni di farmaco-economia con in diversi NAO:

se la spesa iniziale di acquisizione è certamente molto elevata, con gli anni il bilancio economico tende a diventare favorevole, per il risparmio dei costi degli esami di laboratorio e di quelli connessi alla gestione generale, in particolare alla ridotta incidenza di complicanze maggiori, ad esempio le emorragie cerebrali.

La scelta.

La disponibilità dei NAO offre ai medici e ai pazienti la possibilità di operare una scelta tra il vecchio ed il nuovo, tenendo conto di tutte le considerazioni che abbiamo riassunto, scelta che dovrebbe essere sempre condivisa. In ogni caso, se si scelgono i NAO, la prescrizione deve avvenire nel pieno rispetto delle indicazioni e dei dosaggi autorizzati (Tabella II).

Per i pazienti con fibrillazione atriale che sono già in trattamento con AVK e che presentano livelli stabili di anticoagulazione (INR), rischio basso di complicanze emorragiche, buona aderenza alla terapia ed ai controlli di laboratorio, il passaggio ai NAO comporterebbe scarsi vantaggi ed aumenterebbe solo la spesa. Nei pazienti di nuova diagnosi che iniziano il trattamento, i NAO andrebbero preferiti agli AVK se c'è un rischio emorragico elevato (ad es. una storia di pregresse emorragie maggiori), se è prevedibile una difficoltà ad eseguire controlli di laboratorio sistematici per motivi logistici.

Per quanto riguarda la scelta tra i tre NAO nella fibrillazione atriale, non ci sono studi di confronto diretto che permettano di preferire l'uno o l'altro. Nei pazienti con insufficienza renale lieve-moderata si dovrebbe optare per un inibitore del Fattore Xa a do-

saggio ridotto. La somministrazione giornaliera singola potrebbe favorire l'aderenza nei pazienti che assumono numerose terapie concomitanti.

Considerazioni conclusive.

La prescrizione dei NAO è attualmente limitata a medici specialisti accreditati, internisti, cardiologi, neurologi, geriatri ed ematologi, operanti in strutture ospedaliere o ambulatoriali del sistema sanitario, previa compilazione on-line di un piano terapeutico dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), atto a verificare l'appropriatezza della prescrizione secondo le indicazioni e controindicazioni di ciascun farmaco.

Come già accennato, anche il paziente in trattamento con NAO deve essere strettamente sorvegliato, per verificare l'aderenza alla terapia, per registrare e segnalare eventi avversi o complicanze, per monitorare le condizioni cliniche generali ed in particolare la funzione renale. A tale scopo sono stati attivati registri che hanno l'obiettivo di verificare se i vantaggi documentati negli studi clinici controllati vengono confermati nel "mondo reale". In questo contesto il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale con una serie di funzioni proprie: a) proporre ai centri autorizzati alla prescrizione i pazienti di nuova diagnosi per l'inizio di una terapia con i NAO, o i pazienti candidati al passaggio dagli AVK ai NAO; b) verificare l'appropriatezza delle prescrizioni da parte dei centri autorizzati; c) informare ed educare il paziente; d) monitoraggio clinico generale, e della funzione epatica e renale, e) gestione degli eventi intercorrenti.

Tabella I. Caratteristiche farmacologiche principali dei nuovi anticoagulanti orali in confronto con gli antagonisti della vitamina K (AVK).

	Warfarin	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Meccanismo d'azione	Blocco sintesi Fattori II,VII,IX,X	Inibizione diretta Fattore IIa(trombina)	Inibizione diretta Fattore Xa	Inibizione diretta Fattore Xa
Biodisponibilità	98%	6%	>80%	>50%
Picco di attività	3-5 giorni	0.5-2 ore	2-4 ore	3 ore
Emivita (ore)	30-34	9-12	9-12	12
Escrezione	Bilio-Fecale 100%	Renale 80%	Renale 33%	Renale 5%
Interazione con citocromo P450	SI	NO	NO	NO
Interazione con citocromo P3A4	SI	NO	SI	SI
Interazione con Glicoproteina P	NO	SI	SI	SI
Interazioni col cibo	SI	NO	NO	NO
Somministrazione giornaliera	singola	doppia	singola	doppia
Antidoto specifico	SI, vitamina K	NO	NO	NO

Tabella II. Indicazioni autorizzate dall'AIFA per i Nuovi Anticoagulanti Orali (gennaio 2015).

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Chirurgia ortopedica elettiva (anca e ginocchio)	SI 220mg/di per 10-36gg	SI 10mg/di per 12-35gg	SI 2.5mgx2 per 10-38gg
Fibrillazione atriale non valvolare	SI 150mgx2 110mgx2*	SI 20mg/di 15mg/di**	SI 5mgx2 2,5mgx2***
Trombosi venosa ed embolia polmonare	NO	SI 15mgx2 per 21gg, poi 20mg/di	NO
Sindromi coronariche acute	NO	NO	NO

*:età >80anni, clearance creatinina 30-50 ml/min; **:clearance creatinina 30-50ml/min ***:età>80 anni, peso < 60kg, creatinina>1.5mg/dl

Riferimenti Bibliografici

Heidbuchel H et al: EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation:executive summary. Eur.Heart J.,2013;34:2094-106.

Agnelli G et al: New oral anticoagulants for the treatment of venous thromboembolism. Best Pract Res Clin Haematol, 2013;26:151-61.

Dal Cortivo G. et al: I nuovi anticoagulanti orali nella pratica della medicina generale. Monografie InfoFarma,n1,2014 (www.ulss20.verona.it/infofarma.html)



LA SALUTE E LA MEDICINA INTEGRATA

Dott. Francesco Gamuzza

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

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

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

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

rio possono essere utilizzati per tutta la vita gravati da effetti collaterali.

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

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

Gli squilibri sopradescritti hanno un denominatore comune rappresentato quasi sempre da conflitti interiori irrisolti che attraverso dei meccanismi complessi di ordine biologico si riverberano a livello del nostro soma. I disagi psichici ad essi correlati, secondo le ultime scoperte delle Neuroscienze, si creano fin da bambini in ambienti familiari difficili, poco educativi e carenti di armonia esistenziale nel periodo in cui viene maggiormente plasmato il cervello nell'area deputata alle emozioni. Tale imprinting infantile, anche se rimane ben nascosto, nella realtà avrà un notevole peso nello svolgimento fu-

turo della vita in quanto può risultare fonte di malattie diversificate per una ricaduta negativa sul sistema immunitario. Non è un mistero che le emozioni forti possano influire sullo stato di salute. Ciò che porta alla luce i suddetti disagi in epoche determinate della vita è senza dubbio lo Stress; quest'ultimo origina da varie cause che sono capaci di esercitare, se croniche, uno stimolo che genera una reazione quasi sempre dannosa soprattutto se agisce intensamente su un terreno predisposto. Generalmente lo Stress è innescato da difficoltà esistenziali come: perdite affettive, vita lavorativa pesante senza soddisfazioni, difficoltà economiche, mancanza di relazioni interpersonali che in genere fanno sentire vivi ed utili all'interno di una comunità.

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

Lo Stress fu scoperto circa 80 anni fa da uno studioso ungherese Hans Selye che lo descrisse per la prima volta nella cavia e poi nell'uomo e che si caratterizzava come una reazione dell'organismo in cui erano presenti dei segni clinici che erano identici a quelli presenti inizialmente in molte malattie; notò che lo stesso effetto era prodotto anche dall'influsso di emozioni negative. L'Autore concluse che le malattie erano la conseguenza di un cattivo adattamento a questo evento. Oggi sappiamo per certo che la Psiche può influenzare l'attività dei sistemi

biologici come il Nervoso, l'Endocrino, l'Immunitario e che questi ultimi possono agire sulla stessa Psiche sempre attraverso l'azione di neuro-trasmittitori, di ormoni, di citochine che essi stessi producono. Ecco il mirabile Network che è alla base del nostro vivere. Lo stress nasce in un'area cerebrale chiamata Amigdala (conosciuta come centro di smistamento delle emozioni) che una volta attivata attraverso vie nervose privilegiate stimola l'ipotalamo, l'ipofisi e in successione i surreni e il Sistema Neurovegetativo a produrre sostanze ormonali come: adrenalina, noradrenalina, cortisolo, particolari Neuro-peptidi, Fattori di crescita che si diffondono in tutto l'organismo ed in modo particolare agiscono sul Sistema immunitario deprimendone le sue difese e stimolando i linfociti a produrre citochine infiammatorie che si è visto essere alla base dell'insorgenza del cancro e di molte altre patologie anche neuro-psichiatriche. Per converso anche le cellule immunitarie con le proprie citochine infiammatorie (IL-1, TNF, IL-6) in associazione al Cortisolo interferiscono sul Sistema Nervoso in particolar modo con l'Ippocampo, l'Ipotalamo e l'Amigdala attivando da una parte una loro degenerazione con conseguenti alterazioni della memoria, dei processi cognitivi e della gestione delle emozioni e dall'altra stimolando la catena che cronicizza lo Stress. Per una sistematizzazione delle suddette correlazioni fisio-patologiche da alcuni anni è nata una nuova disciplina chiamata "Psiconeuroendocrinoimmunologia" che permette di comprendere in maniera più adeguata i rapporti dei vari sistemi biologici al fine di spiegare su basi scientifiche la dinamica che sta alla base dell'insorgenza di molte patologie. Pertanto date queste nuove verifiche scientifiche, per quanto riguarda la dia-

gnosi e la terapia, il nostro organismo va preso in visione non soltanto nella componente fisica ma anche in quella psichica e spirituale. Pertanto un sostegno psicologico adeguato nell'infanzia o nell'età adulta può risultare efficace nel dipanare conflitti irrisolti che quasi sempre sono le spine irritative delle nostre malattie. Inoltre, anche se agli operatori sanitari riduzionisti e profani della materia può sembrare strano, per guarire lo spirito è fondamentale la pratica della Meditazione, anche non a carattere religioso, disciplina di origine orientale che ha la capacità, se praticata per alcuni minuti al giorno, di aiutare a gestire lo stress rendendo accettabile la nostra quotidianità (tracciati EEG dinamici e RMN-funzionale confermano tali asserzioni). Anche l'utilizzazione della Fitoterapia, priva di gravi effetti collaterali, ha i presupposti da secoli di contribuire a sanare le disfunzioni fisiche (soprattutto le intossicazioni) senza interferire sul nostro equilibrio, in quanto l'estratto totale della pianta ripropone per certi versi la composizione biochimica dell'essere vivente, ciò che non si verifica per una sostanza chimica prodotta in laboratorio. Ancora una tecnica medica non-convenzionale che potrebbe risultare utile è rappresentata dall'Agopuntura. Tecnica utilizzata da molti millenni dalla Medicina Cinese non soltanto a scopo antidolorifico, ma anche come terapia e profilassi di molte affezioni in quanto ha il potere di equi-

librare il sistema energetico dell'organismo e che fondandosi su principi fisici agisce mediante l'azione di particolari Aghi bimetallici posizionati lungo i Meridiani energetici con lo scopo di favorire la circolazione della nostra energia.

Per concludere, queste mie note non hanno lo scopo di sottovalutare la nostra Medicina Ufficiale perché per certi aspetti risulta fondamentale per la risoluzione di molte patologie acute (soprattutto infettive, cardio-circolatorie, chirurgiche) o di emergenza (traumatiche e rianimative), ma al contrario vogliono avere l'effetto di confermare la sua incompletezza nel trattare le affezioni croniche che necessitano per la loro risoluzione della sua integrazione con altre tecniche mediche. Come conclusione propositiva di quanto riportato desidero riportare l'esperienza rilevante in un campo specifico come quello della Oncologia integrata del "Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York dove medici esperti in Agopuntura, Fitoterapia, Psicologia, Tecniche meditative trattano malattie oncologiche con risultati soddisfacenti in fatto di sopravvivenza, di accettazione della malattia, di notevole riduzione degli effetti collaterali legati ai vari trattamenti. Questo dovrebbe far riflettere sull'efficacia e sui pregiudizi nell'accettazione della Medicina Integrata che dove è stata adottata ha sicuramente reso l'esistenza dei malati più accettabile e più degna di essere vissuta.





TACUINUM SANITATIS DI BEVAGNA UN PRONTUARIO MEDICO DEL SECOLO XIV

Dott. Alfredo Properzi

Sotto il nome di “Tacuinum sanitatis in medicina” vengono classificati tutti quei manuali di scienza medica scritti e miniati, dalla seconda metà del IV secolo al 1450 circa, che descrivevano, sotto forma di brevi precetti, le proprietà mediche di ortaggi, alberi da frutta, spezie e cibi, ma anche stagioni, eventi naturali, moti dell’animo, riportandone i loro effetti sul corpo umano e il modo di correggerli o favorirli. Queste opere basavano il loro contenuto principalmente su un testo originale del medico arabo Ibn Butlan (o Ububchasyam de Baldach, attivo a Bagdad intorno alla metà del XI secolo. La traduzione in lingua latina del trattato dovette avvenire probabilmente nel secolo XIII alla corte di re Manfredi di Sicilia, e da allora in poi i *Tacuinum Sanitatis* conobbero una rapida e vasta diffusione.

Un antico manoscritto del secolo XIV, che è sicuramente un *Tacuinum Sanitatis* è presente anche nella biblioteca comunale di Bevagna: è un manoscritto pergameneo di 40 fogli della misura di mm 210 per 310 mm ciascuno. Il foglio esterno della legatura è in pergamena, i fogli di guardia sono cartacei. Su questi ultimi vi è un timbro rotondo recante la dicitura “Orfanotrofio Francesco Torti. Bevagna”.

Manoscritti non miniati ne esistono quattro nella Biblioteca Nazionale di Parigi, due nella Biblioteca Vaticana, due nella Biblioteca Angelica a Roma, uno nella Biblioteca Marciana di Venezia, uno a Vienna, uno a Lipsia. Di maggior pregio sono considerati tre codici miniati giunti fino a noi: uno è conservato nella Biblioteca Nazionale di Vienna, uno a Parigi, alla Bibliothéque Nationale, uno a Roma alla Biblioteca Casanatense.

Nell’Incipit si legge: *Tacuinum sanitatis in medicina*, utile a spiegare le sei cose necessarie all’uomo e a dimostrare sia il giovamento del cibo, del bere e degli indumenti sia l’aspetto nocivo di queste cose, e quindi a rendere noti i buoni consigli da parte degli eminenti tra gli antichi al fine di eliminarne gli aspetti dannosi.

Elbukassem Elmuthar, figlio di Haladin, a sua volta figlio di Buctilian, medico di Baldach, compose questo libro.. *Tacuinum Sanitatis*, intorno alle sei cose che sono necessarie ad ogni uomo che devono essere messe in accordo e preservate per mantenere lo stato di salute, con le regole di comportamento e i loro effetti. La prima è migliorare l’aria

che interessa il cuore. La seconda è la giusta proporzione di cibo e bevande. La terza è la giusta combinazione del moto e della quiete. La quarta è la preservazione del corpo dagli eccessi del sonno e delle veglie. La quinta è il giusto equilibrio nell'eliminazione e nella ritenzione degli umori. La sesta consiste nella capacità della persona di regolarsi nella gioia, nell'ira, nel timore, nell'angoscia. La conservazione della salute starà infatti nell'equilibrio di questi elementi; quando viene a mancare, si genera malattia.

Ecco alcuni ottimi consigli "terapeutici".

Il **vino** riscalda il corpo, migliora la digestione, umidifica le membra, giova alla sincope e alla sete, quando è stato mescolato con acqua. Ha effetto diuretico e lassativo, rende lieto l'animo, provoca allegria, senso di libertà e buon senso, in particolare nei corpi temperati. Questi sono i suoi effetti quando è bevuto con moderazione. Quando invece si beve in maniera eccessiva, causa insonnia, gonfiore del fegato, diminuisce l'appetito, il coito, l'assimilazione dei cibi; provoca sonnolenza, cattivo odore della bocca, tremore, angoscia, epilessia, debolezza dei nervi e della vista. Genera febbri, confusione dei sensi, idiozia paralisi della bocca e induce ad una morte improvvisa. Se qualcuno volesse indagare, troverà nel vino dieci giovamenti: cinque per il corpo, cinque per l'animo. Migliora infatti la digestione, ha effetto diuretico, restituisce un bel colore, produce un buon odore, rafforza il coito; rende lieto l'animo, da ottimismo, conferisce coraggio, migliora il carattere, frena l'avarizia. Il miglior vino per generare

sangue equilibrato in nature equilibrate è il vino rosso profumato, bene mescolato con l'acqua, che sia una via di mezzo tra quello giovane e quello vecchio. Coloro che hanno un temperamento caldo bevano vino mescolato con acqua e vi inzuppino pane bianco, pezzi di mela cotogna e mele. Il vino non deve essere bevuto da un affamato o un sazio, né insieme a cibi salati, piccanti e acidi, né dopo l'assunzione di latte, né dopo il pasto, affinché non provochi ostruzione e idropisia; ma deve essere bevuto dopo due o tre ore. Inoltre si deve stare attenti bevendo a non mescolare vini diversi.

Il miglior tipo di **pane** è quello di frumento di ottima qualità e con la quantità giusta di lievito; l'acqua e il sale devono essere di una quantità proporzionata e il fuoco deve essere temperato in modo che agisca sia in superficie sia in profondità. Quando questo pane è preparato, è ricco di nutrimento e si digerisce bene. Il pane può essere di diversi tipi. Uno è quello a cui si mescola il papavero, il quale ha la proprietà di che è fatto con acqua e farina ed ha moltissimo nutrimento. Un altro è quello a cui si mescola il cumino nero e quello comune, per impedire il suo rigonfiamento. Un altro tipo ancora è quello che si mangia molto caldo: si digerisce più velocemente, scende più lentamente e dà un nutrimento maggiore. Il pane cotto nel testo fa male, soprattutto quando è mescolato con l'olio poiché provoca stitichezza, genera ostruzioni, umori cattivi e crudi nel corpo. E chi si trova nella necessità di mangiarlo, aggiunga lievito, aumenti il sale e lo faccia cuocere



bene, sebbene l'olio ostruisca i pori e impedisca l'ingresso al calore del fuoco. Il suo miglior companatico è il cibo fatto con spezie aromatiche o, secondo altri, piccanti.

I **lupini**, quando vengono trattati fino a che non passa la loro amarezza, sono difficilmente digeribili e non hanno effetto lassativo. La loro amarezza li rende di facile discesa ed elimina i vermi. Quando vengono digeriti rilasciano un nutrimento che è utile ai malati di fegato. Provocano sempre, grazie alla loro amarezza, un effetto diuretico e il sangue mestruale. Favoriscono l'espulsione del feto, aprono le ostruzioni presenti nella milza, nel fegato e nei polmoni.

I **fagioli** bianchi sono freddi e secchi, quelli rossi hanno una natura calda e provocano gonfiore. Tuttavia provocano un pochino di flatulenza e sono i più nutrienti. Generano minor

gonfiore rispetto alle fave. Essi eccedono per umidità. I fagioli rossi sono molto sottili, per questo facilitano la discesa del flusso mestruale. Si devono mangiare preparati con olio e muri, senape, carvi e origano, perché attraverso questi viene espulso il loro pericolo.

Le **fave** fresche sono sconsigliate perché provocano gonfiore, mollezza delle carni, e stanchezza. Le fave secche sono meno nutrienti rispetto a quelle fresche. Quelle sbucciate e cotte nell'olio di mandorle sono meno dannose rispetto a quelle cotte ma non sbucciate. Le loro polpe lassative, le bucce costipanti. Per questa ragione alcuni medici hanno cotto le fave temperate assieme all'aceto e le hanno date da mangiare a coloro che soffrivano di accessi all'intestino e diarrea. Le migliori fave sono quelle cotte e tostate con l'olio di mandorle, dopo che sono state lessate a più riprese perché a quel punto saranno utili al petto. L'origano e il sale eliminano il danno di quelle fresche.

Il **riso** è un cibo di natura temperata, facile da digerire. Ha proprietà di provocare stitichezza, soprattutto quando la varietà è rossa. Quello di varietà bianca, quando è cotto con olio di mandorle o di sesamo non astringe al ventre, calma l'acidità dello stomaco e dell'intestino. Quando è mescolato con latte munto di recente provoca ostruzione; tuttavia perde secchezza e fortifica il corpo. Galeno dice che fa aumentare lo sperma, mentre fa diminuire l'urina, l'evacuazione e la flatulenza.

Le **nocciole** nutrono più delle noci e si digeriscono più difficilmente a meno che non siano sbucciate. Le loro bucce sono astringenti, costipano il ventre, hanno molta untuosità e generano gonfiore. Dicono alcuni degli antichi che coloro che le assumono con la ruta prima del pasto non sono lesi da morsi dei rettili. Si dice inoltre che gli scorpioni le rifuggano e che quando vengono mangiate con i fichi, giovano contro i loro morsi.

Le **mandorle** sono sconsigliate con il vino, se non per coloro che hanno l'umore flemmatico nello stomaco. SE preparate con il sale hanno buon sapore. Sono utili per purificare il petto e hanno effetto lassativo perché contengono proprietà detergente. Quelle amare sono più fluidificanti per il petto e i polmoni. Sono anche utili per un effetto diuretico. Quanto più sono amare, tanto più saranno efficaci nei loro effetti.

La **musica** è uno strumento utile per preservare lo stato di salute, per recuperare o restituire quella persa, a seconda dei diversi temperamenti degli uomini. Infatti anche in tempi antichi questa arte era impiegata per ricondurre gli animi alle abitudini salutari. Successivamente i medici si abituarono a utilizzarla nella cura dei corpi malati. Infatti le melodie stanno ai malati, come le medicine stanno ai corpi infermi. L'effetto della musica sugli animi è palese sia nell'andatura dei cammelli che, carichi, sono confortati dal canto di chi li guida, sia nei fanciulli, che altrettanto godono del canto. Esso crea anche attitudine e diletto e giova alle lunghe orazioni e

alle letture. I medici se ne servono per mitigare i dolori, come fanno coloro che portano carichi pesanti in modo che sembrano leggeri e facili.

Tra **gli stati dell'animo** ce ne sono di cinque tipi : ira, gioia, timidezza, dispiacere e paura. La ragione di questo è che il cuore si muove sia verso il petto sia verso la schiena, o da entrambi le parti. In qualsivoglia di queste due direzioni, il cuore si muove o in modo impetuoso o repentino, oppure poco a poco o in maniera costante. Se si muove in modo impetuoso verso il petto provocherà ira. Se lo fa poco a poco provocherà gioia. Se si muove impetuosamente verso la schiena provocherà paura. Se lo fa poco a poco, disagio. Se da entrambi le parti, avrà effetto di timidezza e tristezza. Tutti questi sono chiamati accidenti dell'animo, sebbene siano resi vitali da ciò che li trasmette, ovvero la percezione e il pensiero. Infatti la percezione conferisce al cuore cose piacevoli e non piacevoli, e lo stesso pensiero. Il dispiacere deriva dalle cose passate, ma anche dalla speranza e dalla disperazione.

Lo **sperma** è la più nobile delle escrezioni del corpo, per questo quando c'è eccessiva fuoriuscita si intacca la forza e quindi si verificano paralisi, tremore, malattia delle articolazioni, tachicardia, sudore, accessi del petto e dei polmoni, mancanza di appetito, oscuramento della vista, soprattutto negli anziani e in coloro che hanno un temperamento freddo. A coloro che non hanno il coito ma che lo hanno in sogno, può capitare pazzia, amore, perversione

dell'animo, gonfiore dei testicoli, e in generale malattie di replezione del corpo e del cervello. La natura ha voluto che nella riproduzione vi fosse un piacere immediato, che conducesse al fine nobile della generazione, e da questo piacere si sono mosse molte cose, tra cui l'anima razionale. Questo accade quando si verifica un certo prurito e solletico e soprattutto quando se ne vede l'atto (il coito). E anche quando qualcuno pensa a questo nel sonno o nella veglia. Chi ha un rapporto sessuale non sia né pieno di cibo, né affamato, in quanto si verificherebbe ostruzione o secchezza. Ci sia anche un clima temperato, l'aria non sia epidemica e il corpo non sia esposto a malattie. Si scelgano per generare maschi le case maschili, tra cui si prediligono la bilancia e il sagittario, mentre per generare femmine il segno dei pesci e la vergine, e non si badi se c'è il toro. Le medicine per il coito sono di due tipi. Alcune sono calde e umide, come le uova a metà cottura che si prendono in sorsi e i testicoli di gallo. Altre generano gonfiori e hanno effetto sulle parti virili, come le cipolle e la rucola silvestre. A coloro che hanno un temperamento caldo e secco, se hanno rapporti sessuali, nuoce il vino, invece traggano giovamento attraverso le cose fredde e umide, come i pesci freschi, il latte dolce, la lattuga. A coloro che hanno natura fredda e umida, conferiscono i pesci che si chiamano siccamencori, le carni arrostate sopra una piastra calda con senape. Non si deve avere un rapporto sessuale, se il ventre non è alleggerito; ciò sarà più salutare e sicuro per la procreazione. Inoltre non si deve avere il coito se prima non si è giocato con la

donna, strofinandole i piedi, prendendole e stringendole delicatamente i capezzoli dei seni, affinché entrambi i due soggetti, stimolati, emettano contemporaneamente il seme, fine per il quale si sono uniti. Si riconosce il desiderio della donna dai suoi occhi. Durante il rapporto, inoltre, ci si inclini sul lato destro per avere un maschio. Bisogna stare attenti che l'uomo non abbia di nuovo ad avere il coito se prima non si è lavato e non ha urinato. Se non ha osservato tali precauzioni gli occhi dei bambini saranno di colore celeste.

Non siamo molto cambiati rispetto ai nostri antenati. L'arte della medicina, che pure da due secoli ha beneficiato di immensi e stupefacenti progressi scientifici, conserva una parte dell'irrazionalità dei suoi albori e dei riti magici che ne hanno caratterizzato i primi secoli. L'uomo contemporaneo ha fiducia nell'alta tecnologia ospedaliera, ma continua a credere nelle guarigioni miracolose, e le medicine alternative sono ancor oggi fiorenti. La storia della medicina è dunque complessa, e non può essere che analizzata su tre piani: sul lungo periodo; in rapporto ai diversi contesti storici, culturali, sociali e politici; e senza mai dimenticare gli uomini che l'hanno forgiata, da Ippocrate e Galeno a Pasteur, da Imhotep e Ibn Butlan a Pincus e Barnard.

*Noi siamo dei nani appollaiati
sulle spalle di giganti.*

Bernard de Chartres, 1126



STRATEGIA PER GLI OVER 65

Prof. Fortunato Berardi

L'immagine della nostra gente è sempre più identificabile con il volto degli anziani. Questa epoca della nostra vita non è solamente segnata dalla saggezza che accompagna l'esperienza di una vita vissuta, la quale, in altri tempi decisamente più umanizzati, faceva gli anziani ascoltati e ben accolti dalle generazioni più giovani. Purtroppo, talvolta, si accompagna oggi all'indifferenza verso gli anziani ed al disagio della loro emarginazione.

Da anni nella nostra regione l'indice di anzianità è costantemente più alto della media nazionale. Attualmente, come è noto, gli anziani rappresentano oltre il 35% della popolazione. È, quindi, di primaria necessità occuparsi di una realtà tanto importante sotto tutti i punti di vista, allo scopo di creare un modello che promuova, valorizzi e tuteli gli anziani. La terza e la quarta età sono infatti le fasi in cui prevale la solitudine, si accentuano le differenze comportamentali, c'è più forte il bisogno di aiuto e si accentua la dipendenza da altri.

La politica dei servizi sociali e socio-sanitari deve tendere prevalentemente a prevenire, controllando i fenomeni di disagio prima che si instaurino. Per questo si impone una precisa scelta politica, spostando il baricentro degli interventi dal singolo alle famiglie, impostando nuove collaborazioni ed adeguate metodologie di sostegno.

Partendo dalla constatazione che gli anziani sono una risorsa e non un peso, l'attività dello Stato, delle regioni e degli enti locali deve farsi carico delle esigenze dell'anziano, promuovendo iniziative atte a permettergli di esercitare fino in fondo il suo diritto ad una cittadinanza attiva; tutelandolo nelle situazioni che necessitano di supporto. Gli interventi, i supporti pubblici o privati, devono essere suddivisi in specifici settori di intervento: promozione della persona per favorire il benessere, prevenzione della emarginazione, integrazione sociale, e tutela delle relazioni sociali, al fine di migliorare la qualità della vita, mantenere la salute psicofisica dell'anziano, conservandone l'indipendenza e la sicurezza in se stesso. Talora, l'invecchiamento delle persone si associa al decadimento delle capacità intellettive e conseguente perdita d'autonomia. In tal caso, l'anziano e la sua famiglia, si trovano ad affrontare difficoltà quotidiane crescenti. Si rende, pertanto, necessario affrontare sistemi di tutela che favoriscano la permanenza dell'anziano nella propria abitazione, con politiche di domiciliarità o, quando ciò non sia possibile, con interventi di inserimento in strutture adeguatamente protette.

Per quanto riguarda l'assistenza economica, l'obiettivo è quello di garantire un sostegno economico pubblico o privato a persone in situazione di disagio

fisico o finanziario al fine di ridurre i rischi di marginalità sociale. È stato proposto, perché la longevità sia una vera conquista sociale, l'istituzione di un fondo assicurativo per la non auto sufficienza, da istituire presso il comune, anche consorziando più comuni di uno stesso comprensorio omogeneo territorialmente. La spesa dovrà essere coperta per 2/3 dal bilancio comunale e per 1/3 con il contributo obbligatorio dei cittadini.

Gestirà il fondo assicurativo l'assessorato della famiglia, che si dovrà costituire in ogni comune con funzione di cerniera tra i bisogni e le soluzioni del territorio. Riteniamo che sia possibile raggiungere gli obiettivi indicati con un maggior controllo della spesa pubblica, con una partecipazione del volontariato, il quale deve essere sempre più partecipe nel quadro d'insieme della politica sociale della nostra regione. Dovrà insomma crearsi una sinergia attiva tra le diverse istituzioni pubbliche e quelle private del settore partecipativo del volontariato o assicurativo.

Ovviamente, un aspetto da non sottovalutare è anche il benessere ambientale dell'anziano (casa, servizi, difesa individuale e collettiva, mobilità).

Problematiche che non possono essere disgiunte nella moderna ottica di una urbanizzazione finalizzata anche alla terza e quarta età. Sulla base di queste premesse il nostro orientamento è duplice: il primo è rivolto agli anziani con difficoltà di tipo sociale e malati, il secondo è finalizzato a quelli che vogliono mantenere un contatto sociale e mostrarsi ancora attivi e, spesso, lo sono anche in modo brillante. Questi ultimi hanno meno bisogno di sostegno economico ma cercano attenzioni e stimolanti opportunità. Insomma chiedono e vogliono una serena anzianità, reinseriti

in ruoli utili a loro e dagli altri.

In definitiva, "l'anziano come risorsa della società", terza età: un mondo da scoprire, una risorsa da valorizzare, gli anziani protagonisti, "diamo vita agli anziani", "la festa dei nonni", ecc., sono alcuni dei concetti, delle definizioni, dei titoli delle tante iniziative, convegni, manifestazioni, che si realizzano nel nostro paese. Bene...!, purché l'anziano non diventi solo un oggetto di osservazione, di analisi sociologica e statistica, bensì un soggetto politico e sociale.

Per dare sostanza ed attuazione al concetto che l'anziano non è un "peso ma una risorsa" serve anzi tutto un cambiamento culturale, una strategia nuova e più decisiva sull' "anzianità". Basta dunque con i luoghi comuni e pregiudizi sugli anziani che portano queste persone ad essere spesso emarginate ed umiliate, anche quando hanno risorse culturali e capacità operative. L'anziano è importante come consumatore, come risparmiatore, come utente dei servizi sanitari ed essenziali, è componente essenziale per l'economia del tempo libero, del turismo, della cultura.

Ha un ruolo nell'investimento immobiliare, nello sviluppo dell'alimentazione biologica, ma soprattutto è una risorsa affettiva, è custode di tradizioni e valori incentrati sulla famiglia e per la famiglia. Spesso, anche supporto economico ed operativo parentale.





CASE REPORT FIBROXANTOMA ATIPICO

Dott. Fabrizio Tiziani, Dott.ssa Claudia Moscetti

Il fibroxantoma atipico (AFX) (sinonimi: sarcoma indifferenziato pleomorfo; istiocitoma fibroso maligno superficiale) è un raro tumore connettivale dai più classificato come benigno e da qualche autore come un sarcoma di basso grado (1), generalmente insorgente in aree cutanee fotoesposte e tipico negli anziani di razza caucasica (3). Le aree più comuni sono il distretto testa-collo, particolarmente il naso, i padiglioni auricolari e le labbra. La patogenesi di questo tumore è idiopatica, però si ipotizzano alcuni fattori di rischio come traumi, ustioni, radioterapia, ed esposizione a raggi ultravioletti. Descritto da Helwig nel 1963, il fibroxantoma atipico (AFX) è un tumore cutaneo mesenchimale che istopatologicamente ricorda la forma più aggressiva di tumore dei tessuti molli, l'istiocitoma fibroso maligno. L'insorgenza nei pazienti giovani è rara, soprattutto in assenza di fattori predisponenti insoliti, come lo xeroderma pigmentoso(4). Il fibroxantoma atipico (AFX) si presenta spesso come una neoformazione nodulare sopraelevata dal piano cutaneo, a volte ulcerato. Si può presentare con eritema, desquamazione, erosione della superficie e, a volte può assumere quasi una forma

nodulare. Nella diagnosi differenziale clinica, vanno considerati i carcinomi a cellule squamose o basali, in particolare se trattasi di zone di cute fotoesposta in pazienti anziani; ma possono presentarsi problemi diagnostici anche rispetto al melanoma maligno e all'istiocitoma fibroso maligno(2). Il fibroxantoma atipico (AFX) risponde abbastanza bene alla chirurgia escissionale, e nonostante il suo caratteristico aspetto microscopico pleomorfico, la recidiva e le metastasi sono rare.

Case report

Presentiamo un caso di fibroxantoma atipico (AFX) in una donna di 85 anni non deambulante, affetta da pregresso infarto miocardico acuto con triplice bypass aorto coronarico, ipertensione arteriosa, sindrome ansioso-depressiva, atrofia cerebrale diffusa. Comparsa nell'agosto 2014 di un piccolo nodulo di circa 0,5 mm di diametro, asintomatico, di colore bianco-giallastro nella regione sopraciliare sx.

Nel dicembre 2014 repentino aumento di dimensioni del nodulo da 0,5 a 25 mm di diametro, con viraggio del colore al rossastro, erosione superficiale e sanguinante (vedi foto).



Il nodulo alla palpazione presentava consistenza dura-elastica , mobile sui piani sottostanti con base d'impianto a margini irregolari.

Si procedeva ad escissione chirurgica della neoformazione cutanea (dopo una settimana dalla sospensione della terapia antiaggregante).

L'esame istologico riferiva: i reperti morfologici ed il profilo immunofenotipico (citocheratina AE1/AE3-vimentina+; S100-AMI-desmina, CD31-;

CD34-; CD68+; CD10+) sono compatibili con la diagnosi di fibroxantoma atipico ulcerato. Lesione contenuta entro i margini di resezione (distanza minima dal piano di resezione profondo: cm 0,2).

In analogia ai tumori non melanoma poiché il tumore può avere recidiva locale o sviluppare diffusione metastatica, il follow-up è raccomandato in 5 anni.

Bibliografia:

- 1) Melendez MM, X Xu, McClain SA, S-ID Huang. *Atypical fibroxanthoma in a young woman: An unusual case presentation.* Can J Plast Surg 2007; 15(3): 169-172
- 2) Farley R, Ratner D. *Diagnosis and management of atypical fibroxanthoma.* Skinmed 2006; 5: 83-6
- 3) Tamada S, Ackerman AB. *Dermatofibroma with monster cells.* Am J Dermatopath 1987; 9: 380-7.
- 4) García López I, Sánchez Fernández F, Raboso García-Baquero E, Fogué Calvo L. *Fibroxanthoma of the external auditory canal.* Acta Otorrinolaringol Esp. 2005 May;56(5): 219-21.



QUELL'ETERNO BISOGNO UMANO DI SOLLIEVO

**paradossi quotidiani nel
mondo della sanità**
Massimo Piccirilli

Dott. Tiziano Scarponi

Non credo che siano necessarie molte parole per introdurre la figura di Massimo Piccirilli: docente universitario nel nostro Ateneo, organizzatore e direttore del primo Centro Regionale di Neuropsicologia. Ha dalla sua più di 350 articoli, autore anche del bellissimo saggio: "Dal cervello alla mente". Ha pubblicato nel nostro bollettino due interessanti articoli riguardanti l'effetto placebo e nocebo. Il suo particolare interesse ha riguardato soprattutto l'analisi clinica e sperimentale della organizzazione delle funzioni cerebrali e l'utilizzo delle metodiche neuropsicologiche nella prevenzione, diagnosi e riabilitazione dei disturbi del comportamento.

Il libro in oggetto mi è particolarmente caro in quanto affronta gli argomenti che sono spesso oggetto dei miei editoriali e cioè si riferiscono alla difficile arte di mediare tra la soggettività del paziente e l'oggettività della scienza. La sua attenzione è rivolta ad analizzare le contraddizioni e i *paradossi quotidiani nel mondo della sanità*. La domanda cui si cerca di dare una risposta è se, "quell'eterno bisogno di speranza e di sollievo che l'uomo prova duran-

te la sofferenza", come afferma Tolstoj, possa essere soddisfatto dalla attuale organizzazione sanitaria e da come operano le attuali figure sanitarie.

Da docente qual è, Piccirilli, prova a dare la risposta ricorrendo ai propri studenti universitari della Facoltà di Medicina che possono essere considerati ancora degli osservatori neutri ma allo stesso tempo già "spiritualmente" parte in causa e forniti di rappresentazioni del mondo sanità e sperimentare quindi le eventuali discrepanze fra ciò che si aspetta e quello che, invece, viene offerto.

Quello che alla fine viene fuori è un panorama abbastanza desolante che può essere riassunto in una grossa cappa che soffoca tutti: medici, pazienti, operatori sanitari in generale. Tale cappa scaturisce da una congiunzione di orbite di pianeti che poco avrebbero a vedere con l'arte del curare: aziendalizzazione con logica di profitto, burocrazia esasperata, tecnicismo e tecnologia che lascia veramente poco alla dimensione soggettiva e personale dei pazienti e degli operatori sanitari stessi. Il tutto in un clima che favorisce lo scontro al posto dell'Incontro, che determi-

na l'esaurimento motivazionale di chi dovrebbe prendersi cura del paziente e la sua logica reazione di tipo polemico se non immediatamente rivendicativa o legale. Il tutto sotto la regia di un Moloc mediatico che perpetua e incrementa tale spirale che risucchia tutto e tutti.

Piccirilli ovviamente è consapevole del fatto che la tecnologia occupa una parte fondamentale della nostra attività, ma nulla vieta soprattutto a livello formativo e didattico che accanto alla perizia clinica e tecnica, venga indicato anche un percorso sulla competenza relazionale e comunicativa, provando anche a far passare delle modalità comportamentali come empatia, gestione delle emozioni e della soggettività propria e dei pazienti. Gli episodi narrati mostrano in concreto come in ogni atto medico la perizia tecnica è una componente necessaria ma non sufficiente. Mantenerne la consapevolezza appare indispensabile per riuscire a trovare soluzioni appropriate per le complesse problematiche che affliggono il mondo della sanità.

Le conclusioni del lavoro rimandano comunque ad un messaggio di speranza che proviene proprio dagli studenti quando rivelano la motivazione originaria che li ha indotti a scegliere di divenire medici. Gli studenti concludono, infatti, affermando che nonostante le diverse brutte esperienze che hanno avuto nei primi anni del corso universitario, hanno comunque alla fine scelto di fare il medico. Prendo a prestito le parole di Cinzia, che rendono chiara l'idea:

"...so che la medicina è una compagna di vita esigente e totalizzante; essere medico implica con cadenza giornaliera essere messi di fronte alla precarietà della nostra esistenza; il più delle volte bisogna fare i conti con i propri insuccessi e resistere a delusioni ed amarezze....ma è un maccigno che mi sento di sopportare pur di provare la gioia di alleviare le sofferenze di chi ha bisogno di aiuto".

La lettura di tutto il libro è agevole e piacevole. Notevole è la quantità di citazioni che dimostrano la grande cultura e le grandi conoscenze di Piccirilli che arricchiscono anche quelle del lettore. Un testo che obbligatoriamente si deve avere nella propria biblioteca.





PRESTAZIONI GRATUITE, COME CI SI DEVE COMPORTARE CON IL FISCO

Sono molti i dentisti che durante la propria attività effettuano prestazioni gratuite, anche per assistere persone socialmente deboli. Ma dal punto di vista fiscale, come ci si deve comportare?

A chiederlo è stato l'Ordine dei Medici di Torino all'Agenzia delle Entrate, in particolare per la stesura di certificati a persone indigenti.

Ricordando che le prestazioni sanitarie sono esenti IVA, l'Agenzia delle Entrate precisa che l'esenzione è solo per le prestazioni erogate a seguito di un corrispettivo economico e questo comporta che i materiali utilizzati per erogare una prestazione gratuita, per esempio il costo del dispositivo protesico fatturato dal laboratorio odontotecnico, non possono essere detratti come spesa. In caso di prestazione gratuita è inoltre consigliato far firmare al paziente una dichiarazione nella quale si attesta che la prestazione è stata resa gratuitamente, anche se, in caso di verifica, gli organismi preposti al controllo potranno comunque accertare l'esatta natura delle operazioni poste in essere.

“Noi dentisti offriamo spesso prestazioni gratuite a pazienti particolarmente indigenti rivelando a pieno la nostra natura di medici, e onorando la

nostra missione, quella di curare le persone”, commenta il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada. “Anche il nostro **Codice di Deontologia medica**, all'art. 54, evidenzia che il medico può effettuare visite e prestare gratuitamente la propria opera ma chiarisce che **questa pratica non deve avere come fine quello commerciale e non deve costituire concorrenza sleale o sia finalizzata ad illecito accaparramento della clientela**”.

Precisazione del Presidente Prada chiaramente riferita alla pratica di alcuni centri odontoiatrici che promuovono, verso i nuovi pazienti, visite gratuite o “prestazioni civetta”.

“Questa pratica è da condannare non solo perché può creare concorrenza sleale ma perché sminuisce, agli occhi del cittadino, la visita odontoiatrica, presentandola come una pratica poco importante che può essere perfino regalata. Invece, come sappiamo bene, la visita è un importante atto medico da sostenere con accuratezza, impiegando il tempo e le conoscenze che negli anni il dentista ha acquisito con impegno e studio ma soprattutto da promuovere verso i cittadini come primo atto di prevenzione”.



DALL'ANDI CORSI DI FORMAZIONE ADDETTO ALLA PREVENZIONE INCENDI, LOTTA ANTINCENDIO E GESTIONE DELL'EMERGENZE.

*Dott. Antonio Montanari
Presidente Provinciale ANDI Perugia*

La sezione provinciale ANDI Perugia ha attivato i **Corsi di Formazione obbligatoria** per addetto alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze come richiesto dall' art.46 del Decreto 81.08 e dal decreto del Ministero dell'Interno del 10 marzo 1998.

Si tratta di un vecchio adempimento che è stato finora sempre rimandato e che, peraltro, anche recentemente è stato contestato in fase di sopralluogo da parte del personale ispettivo ad un nostro Socio.



Il decreto sopra citato ci inquadra nella categoria di rischio basso e prevede quattro ore di formazione con i seguenti contenuti:

1) L'incendio e la prevenzione (1ora)

- principi della combustione;
- prodotti della combustione;
- sostanze estinguenti in relazione al tipo di incendio;
- effetti dell'incendio sull'uomo;
- divieti e limitazioni di esercizio;
- misure comportamentali.

2) Protezione antincendio e procedure da adottare in caso di incendio (1 ora)

- principali misure di protezione antincendio;
- evacuazione in caso di incendio;
- chiamata dei soccorsi.

3) Esercitazioni pratiche (2 ore)

- presa visione e chiarimenti sugli estintori portatili;
- istruzioni sull'uso degli estintori portatili effettuata o avvalendosi di sussidi audiovisivi o tramite dimostrazione pratica.

Il conseguimento del relativo attestato permetterà quindi di formalizzare in

modo corretto la nomina ai compiti di addetto alla prevenzione incendio ed evacuazione che ciascuno di noi dovrebbe già possedere nella documentazione cartacea sulla sicurezza presso il proprio studio.

Il materiale didattico di questo corso è stato messo a disposizione da ANDI Nazionale e, nella didattica e nella proposizione, si presenta in modo non consueto in quanto il relatore integra la propria attività didattica con numerosi filmati video assai esplicativi ed accattivanti, preparati ad hoc. **II**

corso è riservato ai nostri Soci ANDI e viene offerto gratuitamente.

Gli incontri si svolgeranno presso la sala congressi dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Perugia.

Il numero massimo di partecipanti ad ogni edizione è pari a 25 unità per un percorso totale di quattro ore. Voglio ringraziare infine la segreteria sindacale in particolar modo i dottori **Omar Aberra e Tommaso Vitali**, giovani componenti del Consiglio ANDI Perugia, che hanno definito ed organizzato in modo impeccabile l'evento.





DALL'ANDI COMPILAZIONE STUDI DI SETTORE, PIÙ FACILE GRAZIE ALLA GUIDA ANDI. ECCO LE DATE DELLE SCADENZE FISCALI

Da qualche settimana è disponibile sul sito dell'Agenzia delle Entrate la **versione 2015 del software Gerico** e la modulistica necessaria per effettuare i calcoli di congruità del proprio studio di settore necessario per l'invio di Unico.

Operazione non certo semplice a causa dei moltissimi campi da compilare e dati da recuperare.

Per agevolare il Socio ed il suo consulente, ANDI ha rilasciato la versione 2015 della Guida alla compilazione dello studio di settore WK21U.

Guida realizzata anche grazie alla costante presenza dell'Associazione ai Tavoli del So.Se. e della Commissione Nazionale degli Esperti degli Studi di Settore dei Consulenti e Dirigenti ANDI.

Correttivi anti crisi

Lo studio di settore 2015 (dati fiscali 2014) presenta rispetto a quello dello scorso anno un **ritocco ai correttivi congiunturali** che si baseranno su: correttivi di settore; territoriali; individuali oltre agli interventi relativi all'analisi di normalità economica.

La personalizzazione dei correttivi dovrebbe rendere più "precisi" gli Studi di Settore anche perché, l'indicatore di reddito, sarà calcolato sulla base degli

ultimi tre anni.

Sintetizzando **i nuovi calcoli si baseranno su modelli lineari misti** che considerano "effetti fissi", come costi e valore dei beni strumentali e "effetti random" tra i quali l'andamento congiunturale del settore, l'andamento congiunturale dei cluster, l'andamento congiunturale territoriale e l'andamento congiunturale individuale.

In particolare, per gli studi professionali, i correttivi congiunturali considereranno la riduzione delle tariffe praticate e le problematiche connesse agli acconti.

Scadenze fiscali

Scongiurato, per il contribuente, l'ingorgo fiscale che avrebbe portato a dover pagare Imu, Tasi e Unico entro il 16 giugno.

Il Governo ha emanato, martedì 9 giugno, il Decreto con il quale posticipa la scadenza dei versamenti per la denuncia dei redditi per i soggetti con studi di settore e quelli in regime agevolato al 6 luglio 2015.

I contribuenti potranno decidere inoltre di effettuare il pagamento dal 7 luglio al 20 agosto con una maggiorazione del 0,40%.



ENPAM: ALL'ORIZZONTE UNA NUOVA IMPORTANTE TUTELA PER I LIBERI PROFESSIONISTI

Dott. Michele Mangiucca

Nel ringraziare ancora i colleghi di Perugia e di Terni che, con il loro voto, mi hanno dato l'opportunità di rappresentarli ancora nella consulta dei liberi professionisti, non posso non esprimere una grande soddisfazione.

Tale opportunità, infatti, mi consentirà di seguire da vicino l'iter di approvazione di una iniziativa che, insieme ad altri componenti della Consulta, primo fra tutti il dott. Renato Mele rappresentante della Toscana, ho fortemente voluto: un ampliamento della tutela assistenziale per gli iscritti alla quota B in caso di inabilità temporanea e assoluta all'esercizio della libera professione.

Più di una volta, in questi anni, mi è capitato di essere contattato da colleghi che, colpiti da gravi malattie o da infortuni erano stati costretti ad interrompere per un certo periodo totalmente la propria attività lavorativa.

Con grande disagio ero costretto ad informarli che non era prevista, nel nostro fondo un'indennità per inabilità temporanea, prevista altresì per gli iscritti ai Fondi Speciali, in particolare per i Medici di Medicina Generale. Da una proposta della Consulta e con la piena approvazione del Presidente Oliveti e del suo Vice Malagnino è stato dato mandato agli Uffici di effet-

tuare i necessari approfondimenti e le opportune valutazioni attuariali al fine di assicurare una copertura Previdenziale analoga a quella degli altri Fondi. La bozza che è stata redatta e portata alla nostra attenzione si basa su alcuni punti che credo di poter anticipare anche se sono ancora suscettibili di valutazioni e modifiche: 1) l'inabilità deve aver comportato una cessazione dell'attività lavorativa per un periodo superiore a 30 giorni continuativi 2) l'importo dell'indennità giornaliera dovrebbe essere pari a 1/365 dell'80% del reddito medio annuo imponibile presso la Quota B nei tre anni di contribuzione precedente l'insorgenza dell'inabilità.

Si tratta per il momento solo di una bozza, ma la speranza è che possa arrivare, nella sua versione corretta e democraticamente discussa, all'esame ed alla approvazione dei Ministeri vigilanti, in tempi brevi, magari entro la fine dell'anno.

Di certo l'impegno della nostra Consulta sarà massimo perchè questi tempi vengano rispettati.

Michele Mangiucca Rappresentante Regione Umbria nella Consulta ENPAM Quota B per la libera professione



VIVERE L'ECCELLENZA

Il Global Service per la gestione degli *studi professionali* e degli *studi medici associati* a supporto dell'attività professionale.

Attività (personale e servizi)

- Archiviazione e gestione documentale
- Digitalizzazione dei documenti e conservazione sostitutiva
- Call center inbound e outbound
- Segretariato
- Front office / Back office
- Gestione cedolini
- Fatturazione
- Noleggio beni strumentali a lungo termine
- Car rental

Servizi per le attività

- Formazione
- Sicurezza
- Consulenza per la Sicurezza sul Lavoro
- Consulenza Tecnica
- Consulenza sulla Qualità
- Consulenza Ambientale
- Consulenza Legale
- Modelli organizzativi
- Privacy
- Medicina del lavoro

Servizi per gli immobili

- Gestione affitti e rapporti condominiali
- Gestione utenze
- Gestione e manutenzione linee dati e voce
- Manutenzione ordinaria e straordinaria
- Servizi di pulizia

Prodotti (consumo e noleggio)

- Fornitura materiale di consumo
- Fornitura arredamento d'ufficio
- Fornitura e manutenzione postazioni hardware e di fonia
- Fornitura software

Plurima S.p.A.
Via M. Curie, 15 - 06073 Corciano - Perugia
Tel. 075.6059669 - Fax 075.605245



plurima@plurima.info
www.plurima.info





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