



# Bollettino<sup>03-2015</sup>

**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 03/2015**



Assisi, Piazza del Comune, particolare

## i n d i c e

APPROPRIATEZZA,  
PUNIZIONE,  
SICUMERA

pag. 3:

LA VACCINAZIONE  
ENTOINFLUENZALE  
FUNZIONA E SI  
PUÒ DIMOSTRARE

pag. 13:

DONAZIONE E  
TRAPIANTO:  
UNA SCELTA CHE  
VALE UNA VITA

pag. 15:

730 PRECOMPILATO  
ANDI E FIMMG  
SCRIVONO AL GARANTE.  
RICORSO ANDI AL TAR

pag. 24:

REVISIONE ITER  
AUTORIZZATIVO STUDI  
MEDICI ED ODONTOIATRICI:  
FINALMENTE CI SIAMO

pag. 27

# BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 03/2015

## Sommario

APPROPRIATEZZA, PUNIZIONE, SICUMERA	3
L'ATTIVITÀ MEDICA È IMMORALE?	6
ERAVAMO QUATTRO AMICI	8
NON LASCIAMO CADERE IL DISCORSO DEL BOLLETTINO DEL MESE DI AGOSTO	9
L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA	11
LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE: FUNZIONA E SI PUÒ DIMOSTRARE	13
SBADATA COMUNICAZIONE: L'ESEMPIO DELLA CARNE ROSSA	14
DONAZIONE E TRAPIANTO: UNA SCELTA CHE VALE UNA VITA	15
STATINE A RISCHIO DI DIABETE	17
MEDICI DI FAMIGLIA: DI NOI...DISOLITO... DICONO COSÌ	19
I PAPI UMBRI E MARCHIGIANI STORIE E NOTE STORICHE	21
RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: APPROVATO EMENDAMENTO ALL'ART. 6	22
730 PRECOMPILATO, ANDI E FIMMG EVIDENZIANO VIOLAZIONI ALLA PRIVACY E SCRIVONO ALGARANTE. PRONTO IL RICORSO ANDI AL TAR	24
REVISIONE DELL'ITER AUTORIZZATIVO ALL'APERTURA DI STUDI MEDICI ED ODONTOIATRICI: FINALMENTE CI SIAMO	27
ANDI	29

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

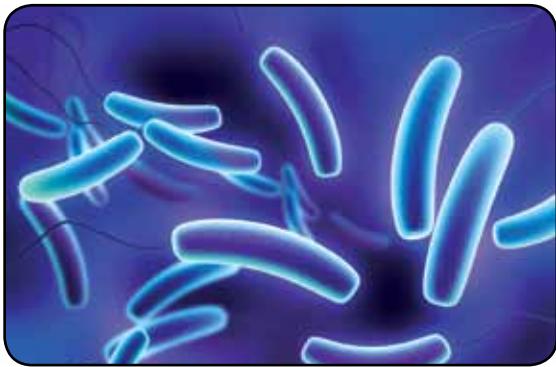
Dott. Stefano Lentini  
Dott. Antonio Montanari  
Dott. Marco Petrella

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](mailto:presidente@ordinemediciperugia.it) - [segretario@ordinemediciperugia.it](mailto:segretario@ordinemediciperugia.it)  
[uffici@ordinemediciperugia.it](mailto:uffici@ordinemediciperugia.it) - [commissioneodo@ordinemediciperugia.it](mailto:commissioneodo@ordinemediciperugia.it)  
[previdenza@ordinemediciperugia.it](mailto:previdenza@ordinemediciperugia.it)

Sito Internet [www.ordinemediciperugia.it](http://www.ordinemediciperugia.it)



## APPROPRIATEZZA, PUNIZIONE, SICUMERA

Dott. Tiziano Scarponi

E' di questi giorni la grande eco mediatica sul problema dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici e sulle eventuali ricadute dalla sua inosservanza.

Premetto che non è mia intenzione affrontare il problema da un punto di vista scientifico, sindacale, sulla sua opportunità e pertinenza, no! Senza dubbio girano in rete e nella carta stampata pareri e argomentazioni di colleghi molto più qualificati e titolati di me: uno per tutti Nino Cartabellotta, presidente della fondazione GIMBE, che nel suo articolo: "Alla ricerca dell'appropriatezza (s)perduta" sul Sole 24 ore Sanità del 13 ottobre u.s. esprime concetti ed opinioni che condivido in pieno e ne voglio riportare alcuni.

"...1) I criteri di appropriatezza professionale derivano dalle evidenze scientifiche o, in assenza di queste, da processi di consenso formale.

2) L'inappropriatezza professionale può essere in eccesso (overuse) o in difetto (underuse): ridurre la prima permette di recuperare risorse, implementare la seconda richiede investimenti. Di conseguenza, qualunque strategia per ridurre l'inappropriatezza professionale deve essere guidata

dal principio del "disinvestimento e riallocazione", perché in tutti i percorsi assistenziali convivono aree di overuse e di underuse.

3 Una prescrizione non può essere dicotomicamente classificata come appropriata/inappropriata: esiste una categoria intermedia di dubbia appropriatezza influenzata dalle zone grigie della ricerca, dalla variabilità di malattie e condizioni e dalle preferenze e aspettative di cittadini e pazienti.

4 Secondo la scienza che studia come modificare i comportamenti professionali non esistono evidenze che supportano l'efficacia delle sanzioni economiche per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva.

5. Il continuo incremento dell'offerta e l'utilizzo indiscriminato delle tecnologie diagnostiche contribuisce all'eccesso di medicalizzazione della società perché la tecnologia, profondamente radicata nel nostro concetto di malattia e nella nostra cultura, genera atti di fede non basati sulle evidenze.

6. È indispensabile ricostruire un'adeguata relazione medico-paziente, fornendo informazioni bilanciate su rischi e benefici degli interventi sanitari, permettendo così al paziente di prendere decisioni realmente informate.



*7. Le Istituzioni devono informare adeguatamente cittadini e pazienti sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza degli interventi sanitari, al fine di arginare quell'asimmetria informativa tra ricerca e assistenza, che genera aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, aumentando il contenzioso medico-legale.*

***Il servizio sanitario nazionale non è un supermercato dove chiunque ha diritto a tutto!***

Quest'ultima affermazione, poi, richiama molto la filosofia che ha ispirato l'intervento del nostro Ministro della Salute Beatrice Lorenzin all'ultimo congresso, cui ho partecipato, del mio sindacato FIMMG che si è tenuto nei primi di questo mese di ottobre. Nella sostanza l'Onorevole ha detto che tagliare l'inappropriatezza non vuol dire praticare dei tagli lineari, ma vuol dire semplicemente recuperare delle risorse ed allo stesso tempo professionalità da parte nostra. Aggiungo che questo suo intervento ha ottenuto un applauso spontaneo e prolungato da parte di

una platea che l'aveva accolta all'inizio in maniera fredda se non proprio ostile, forse la definirei "mugugnante" tanto per essere "appropriati".

Posto in questi termini il problema appare risolto, condiviso e tale da non lasciare tanta preoccupazione, è proprio così? Forse, però, il vero problema da affrontare comincia quando è giunto il momento di capire come e chi debba giudicare l'eventuale atto non appropriato.

Non tutti sanno che esiste un gruppo Facebook, gruppo chiuso che si chiama: "Medici

di Medicina Generale dell'Umbria" amministrato da me, in cui i vari colleghi che si sono iscritti, per lo più medici di famiglia, esternano in maniera libera: fatti, aneddoti, perplessità, curiosità. Insomma c'è di tutto e di più come sa bene che frequenta i social network. E' della settimana scorsa la condivisione con il gruppo, da parte di una dottoressa di Medicina Generale del comprensorio del Trasimeno, del referto di un ecodoppler delle arterie renali rilasciato da un reparto che segue soprattutto la medicina vascolare della nostra azienda ospedaliera. La collega ha "scannerizzato" il documento e l'ha "postato" oscurando il nome del paziente. Lo specialista che ha refertato l'accertamento, dopo aver descritto la quasi normalità delle arterie in esame ha ritenuto opportuno aggiungere un commento che trascrivo per intero e fedelmente, rispettando anche il carattere in grassetto usato dall'autore per dare risalto ad alcune parole:"... *Per completezza informativa si rimanda a recente studio clinico internazio-*

nale (**CORAL study, NEJM Nov 2013**) che evidenzia come una “ high quality medical treatment” risulti superiore ad ogni tentativo di rivascolarizzazione, in caso di stenosi ateromasi dell'arteria renale, e ciò **sia per l'ipertensione che per l'insufficienza renale** ( per quest'ultima il dato era già noto dallo studio **ASTRAL**).

**Il corollario è che la ricerca sistematica della stenosi renale non ha comunque alcuna ricaduta decisionale, sia che venga confermata oppure esclusa, sia per l'ipertensione secondaria e sia per l'insufficienza renale.**

Ho voluto chiamare in causa quest'episodio perché mi sembra quasi paradigmatico su come potrebbe evolvere il problema dell'appropriatezza. Tralascio di riportare i commenti che sono partiti in quest'occasione perché, come ho detto all'inizio, non ho nessun intento scientifico e sindacale.

Quello che mi preme, invece, è enfatizzare la delicatezza e la difficoltà nel dover giudicare un atto medico non contestualizzato, il grande rischio di conflittualità che potrebbe derivare con i conseguenti risvolti deontologici e soprattutto il grave danno ( come se non bastassero quelli già in atto) che subirebbe la nostra figura di medico, a qualunque categoria essa appartenga. Non credo che questa “ lezione” impartita in maniera così discutibile, su un referto che è stato consegnato nelle mani del paziente sia un buon esempio di comportamento appropriato, scientificamente forse sì, ma non certo dal punto di vista relazionale e deontologico.

Speriamo che i “ professori” che istituzionalmente saranno demandati a giudicare, oltre alla competenza scientifica abbiano anche un minimo corredo di buon senso.





## L'ATTIVITA' MEDICA PRIVATA E' IMMORALE?

*Prof. Paolo Della Torre*

Nell' editoriale dell'ultimo numero del Bollettino dell'Ordine dei Medici (chirurghi e odontoiatri) della provincia di Perugia di cui sei Direttore introduci un dibattito circa la moralità della attività medica.

L'etica in medicina è un argomento che mi ha sempre interessato.

Forte anche della mia esperienza, ritengo che quando uno di noi (cittadini, uomini o donne) si rivolge ad un medico, sia come componente di un organismo e quindi non scelto (per es. uno specialista-ospedaliero, un medico del Pronto Soccorso, od uno specialista ambulatoriale del territorio) sia perché scelto (per es. medico di base, odontoiatra, specialista libero professionista) spera e cerca un professionista che sia disponibile ad ascoltarti,

a seguirti con continuità nel tempo in rapporto alle tue esigenze; che sia competente (una competenza tecnica minima ed aggiornata è una componente etica dell'agire medico) ed onesto (cioè che il suo intervento sia a te accessibile e soprattutto che i suoi consigli e le sue prescrizioni siano prese nel tuo interesse e non nel suo).

Se su questo si è s'accordo, si potrà facilmente verificare che queste indispensabili qualità etiche possono essere presenti od assenti in tutte e tre le figure mediche oggi operanti in Italia: dipendenti da enti pubblici come aziende ospedaliere, USL, Università; convenzionati a vario titolo con il SSN; libero-professionisti.

Non è immorale l'attività medica privata, semmai quella di alcuni medici



privati, come quella di alcuni medici pubblici retribuiti a stipendio fisso o a quota capitaria.

E' immorale l'attività medica di chi non è disponibile o rintracciabile quando l'utente ne ha bisogno o quando non vuole (o non può?) dare continuità alla sua attività medica perché "si lavora in gruppo" (talora molto eterogeneo e non coordinato, come accade troppo spesso in strutture pubbliche).

E' immorale l'attività medica di chi non ha le competenze tecniche minime richieste per il ruolo che riveste in quel momento (perché né la selezione, né la promozione ai vari gradi gerarchici sono, ora e qui, garanzia di competenza).

E' immorale l'attività medica di chi dovendo dare un consiglio per mantenere lo stato di salute (prevenzione), per correggere uno stato di malattia (diagnosi e terapia), per recuperare uno stato di benessere (riabilitazione) si fa guidare dai propri interessi (comparaggi attivi da parte di case farmaceutiche o di presidi sanitari o di studi diagnostici; ma anche comparaggi passivi come premi al risparmio nella prescrizione di farmaci o di esami anche se appropriati; ma anche collusione nel business di catene di specialisti collegati che "coltivano l'orto", rappresentato da un paziente ignaro, per estrarne il maggior numero possibile di frutti).

E' immorale l'attività medica di chi propone, prescrive, somministra terapie prive di supporto non dico scientifico, ma neanche razionale anche quando il suo tornaconto non sia prettamente economico (es.Di Bella). E questo sia che avvenga in ambito pri-

vato (es.Pinori a Perugia) che in un autorevole ospedale pubblico (es.Stamina a Brescia) ed anche quando queste ambigue figure (talora non mediche) vengono ospitate ed avallate presso studi, ambulatori, strutture a direzione e sotto la responsabilità di medici (meglio: di laureati in medicina).

**In conclusione** bisogna, secondo me, accettare l'idea che non ci siano categorie di attività medica immorali, ma che ci siano medici integri e morali ed altri no; e tali restano sia quando operano in strutture pubbliche sia in ambito convenzionato, sia privato.

Personalmente, come credo molti di noi, ho sempre cercato l'uomo (o la donna) medico e non il gruppo di appartenenza.

Piuttosto dobbiamo chiederci come si possa stimolare e premiare gli uni e punire od allontanare gli altri, ma questa è un'altra storia.





## ERAVAMO QUATTRO AMICI...

*Dott. PierLuigi Sisani*

Mi riferisco all'editoriale con questo titolo apparso sul bollettino 2/2015.

Ho avuto un rapporto piuttosto atipico con la professione e la mia esperienza non può far testo. Mi sono infatti avvicinato alla medicina in età matura, dopo una vita di lavoro nell'industria privata, che ho lasciato da Amministratore Delegato di una azienda di medie dimensioni, ritornando come studente anziano sui banchi dell'Università dove mi ero in gioventù laureato in Economia.

Una regola non scritta, ma tassativa, che vige nel settore dove ho prestato per tanti anni la mia attività, è che nel nostro tempo libero dal lavoro (non molto perché l'impegno supera in

media le 8 ore giornaliere) si è liberi di svolgere qualsiasi attività, meno una, pena il licenziamento in tronco per giusta causa: non si può fare concorrenza, in qualsiasi modo, all'azienda per cui si lavora.

Mi ha quindi molto sorpreso, nella mia nuova professione, il vedere colleghi che al mattino prestano servizio negli Ospedali pubblici ed al pomeriggio ricevono i pazienti nel loro studio privato oppure operano presso cliniche private. E' un modo di lavorare assolutamente inconcepibile ed inammissibile nell'ambiente da cui provengo. Non posso pertanto che condividere pienamente la presa di posizione del collega Quintiliani





## NON LASCIAMO CADERE IL DISCORSO DEL BOLLETTINO DEL MESE DI AGOSTO

*Dott. Marco Petrella*

Arrivato nella mia cassetta postale in pieno Agosto, l'ultimo bollettino mi ha subito ispirato un diverso atteggiamento. Non sarà il caso, mi sono chiesto, di rispondere ai diversi articoli e fare di queste risposte la base per il mio contributo al prossimo numero? **L'eticità della medicina privata, il ruolo della medicina narrativa, le basi scientifiche dell'approccio psicosomatico, la sfida costituita dall'invecchiamento della popolazione** mi sembrano temi da non lasciar cadere, dopo una più o meno attenta lettura, bensì meritevoli di approfondimento e di discussione. Nello specifico perché mi sembrano centrare questioni importanti ed attuali della professione medica, in generale perché un minimo di dibattito sugli articoli può forse essere più utile del passare ad altri, pur interessanti temi. Cercherò quindi di offrire qualche commento, se possibile provocatorio, sperando di suscitare qualche risposta e qualche ulteriore commento, senza presumere di scrivere a mia volta un articolo.

**L'eticità dell'agire medico** io credo che si ponga sempre (nel lavoro privato come in quello pubblico) e che non possa essere affidata alla sola co-

scienza personale, ma debba essere sorretta da regole e controlli. Anche nella medicina pubblica, per esempio, si presentano tentazioni, sotto forma di favori, alleanze, coperture, il cui costo è sostenuto dalla collettività o dai suoi membri più deboli. Di scandali all'interno delle nostre strutture private come di quelle pubbliche ne abbiamo visti troppi per pensare che l'onestà dei più basti da sola. Forse non abbiamo le soluzioni, ma non possiamo negare che dovremmo cercarle, nella direzione di una più incisiva capacità di sorvegliare e correggere.

**La medicina narrativa** è un modello interpretativo e di intervento molto affascinante e potenzialmente molto efficace. L'articolo di Scarponi fornisce esempi concreti e solidi appigli concettuali, necessari per non restare sospesi in una dimensione mitica. Resta poi ad ognuno trovare nelle proprie corde quelle più predisposte ad ascoltare la storia del paziente e ad aiutarlo a ricostruirne una in cui ci sia più benessere o almeno più speranza; è difficile trasformare questo approccio in protocolli e procedure standard. Mi sembra però chiaro che rinunciare a questo approccio sarebbe come negare le basi della medicina.

**I meccanismi psicosomatici** non sono in alcun modo negabili, ma, direbbe un famoso eroe dei fumetti, “non c’è nessun diavolaccio che non possa essere fermato da una buona dose di piombo”. Voglio dire che agire partendo dalle basi psichiche di un malessere può essere fondamentale in molti casi, ma non sempre sarà risolutivo, o non potrà esserlo nei tempi desiderati, o non sarà immediatamente proponibile a quel paziente come spiegazione, o come approccio curativo. Il farmaco che agisce a valle di una presunta origine psicosomatica mantiene nella gran parte dei casi sia la sua validità, sia la sua eticità, anche se la consapevolezza del complesso intreccio tra psiche e soma deve costituire un patrimonio irrinunciabile del sapere medico.

**L’invecchiamento della popolazione** sarà forse deflagrante per la nostra società e per la sanità, a prescindere dai tentativi più o meno ben orientati per fronteggiarlo. E’ infatti troppo tardi, è un processo che viene da lontano e che andrà avanti a lungo per inerzia, mangiando le risorse che servirebbero per mettere in piedi nuovi approcci. Io credo che il nostro paese si sia fatto prendere alla sprovvista dal potente concorso di più fattori: allungamento della vita, diminuzione della natalità, nuclearizzazione delle famiglie, crescita dell’offerta terapeutica, diminuzione delle complessive capacità (anche in termini culturali e psicologici) di accudimento della persona, perdita di ruolo degli anziani (tranne che in politica?). Fin nelle corsie degli ospedali si vede bene come assistere malati che sono anche

anziani con gradi diversi di non autosufficienza abbia messo in crisi i protocolli assistenziali e soprattutto la tenuta della assistenza infermieristica. Anziani condannati ad essere dimessi sempre troppo presto o troppo tardi. Dall’altro lato sappiamo quale sia oggi l’immagine di una sala d’attesa di un medico di famiglia. Dove sono le famose strutture intermedie? Sarebbe sostenibile metterle in piedi oggi, della dovuta specificità e qualità? Nel frattempo intere famiglie vengono assorbite e sommerse dalla necessità di accudire i loro splendidi anziani, oramai troppo deboli. L’inversione di tendenza che propone l’articolo di Berardi è davvero urgente, ma è importante essere consapevoli degli ostacoli oggettivi che abbiamo di fronte.





## L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA

*Dott. Marcello Paci*

All'inizio erano mani e sensi che secondo il detto di Anassagora davano dignità all'uomo come e più della mente.

Il malato si osservava, si odorava, si palpava per carpirne lo stato di salute o la malattia da cui era affetto.

Si cercava di individuarne la sede, poi si curava con quello che la natura forniva.

Quindi furono anche strumenti che affinarono il lavoro dei sensi e si prepararono medicine accanto alle erbe: farmaci naturali e di sintesi, che entravano nell'organismo e combattevano il male.

Poi gli strumenti di diagnosi divennero mezzi di terapia e nacque la Chirurgia. Fu chiamata medicina esterna a differenziarla dalla medicina interna più antica e più nobile.

La praticavano sacerdoti, studiosi versati in altre discipline, barbieri, che diventavano chirurghi all'occorrenza.

Ma già nella Roma antica c'erano stati chirurghi che seguivano le legioni e si esercitavano nella chirurgia di guerra, e prima di loro i greci, gli egizi, e i sumeri.

Sorsero poi in Italia le prime scuole chirurgiche: alcune prestigiose come a Salerno altre meno come a Preci in Valnerina.

Ma la chirurgia moderna nasce con l'anestesia cioè nella seconda metà dell'Ottocento.

E da medicina esterna diventerà chirurgia degli organi interni.

La perizia del chirurgo era la sola variabile che determinava il risultato dell'intervento, con una morbilità e mortalità altissima per l'ignoranza dell'asepsi.

Per questo molti malati morivano d'infezioni, sino a quando l'unghe- rese Semmelweis codificò le regole dell'asepsi negli interventi chirurgici: poi l'anestesia fece il resto.

Per circa cento anni la chirurgia progredì nella capacità di aggredire organi sempre più profondi con un affinamento delle tecniche, con strumenti sempre più perfezionati.

Non c'è stato organo o apparato sul quale i chirurghi non abbiano messo mano con risultati inimmaginabili sino allora. Sembrava che si fosse raggiunto il massimo possibile, che l'evoluzione avrebbe potuto aggiungere cose, ma in un percorso ormai definito.

Poi circa venti anni fa si è verificata una rivoluzione dettata dalla grande industria, principalmente americana, nell'epoca della rivoluzione informatica e digitale.

Fibre ottiche, computer elaboratore d'immagini, bisturi a corrente elettrica,

a ultrasuoni, a radiofrequenza, e molto altro.

Il ruolo del chirurgo ha cominciato a perdere se pur in misura inapparente la centralità del suo ruolo, lungo un percorso che sa quasi di marginalizzazione.

In qualche modo i presidi tecnici hanno affiancato la perizia del medico, sono diventati decisivi per la riuscita dell'intervento.

Di pari passo all'evoluzione tecnica si sono sviluppate nuove aspettative dei pazienti che, condizionati da un'informazione scorretta, ritengono la riuscita dell'intervento un evento scontato, non più una variabile dipendente da una molteplicità di fattori, di cui alcuni imprevedibili.

Di più, pregiudiziali estetiche, ospedalizzazioni brevi, ripresa rapida dalla malattia, valutazioni economiche, hanno introdotto istanze estranee alla finalità principale dell'atto chirurgico che è la guarigione dalla malattia.

Talvolta, per soddisfare le nuove esi-

genze e nonostante la sofisticazione tecnica, si sacrifica la sicurezza dell'intervento, e si rimanda al contenzioso legale-assicurativo la risoluzione degli insuccessi.

L'informazione ha cavalcato la rivoluzione tecnologica, spinta dagli interessi economico-finanziari di aziende colosso americane, e dunque laparoscopia e poi robotica e le incisioni chirurgiche sempre più piccole, sino all'utilizzazione degli orifizi anatomici per eseguire interventi chirurgici.

Tutto bene ma attenzione ai rischi del nuovo, quando il destinatario è un uomo malato.

Il mutamento antropologico dell'uomo si accorda con lo sviluppo delle macchine che diventano dominanti, così anche in chirurgia scompare la figura del chirurgo un po' scienziato e un po' artigiano, e subentra il tecnico che usa ed è usato dalle macchine.

E' così senza nostalgia del passato con l'oggi così diverso con le sue luci e le sue ombre.





## LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE: FUNZIONA E SI PUÒ DIMOSTRARE

*Dott. Marco Petrella*

L'utilità della vaccinazione anti-influenzale viene spesso messa indubio o sottovalutata sulla base di una serie di equivoci collegati alle diverse sindromi influenzali diagnosticate nel periodo invernale e al sospetto di interessi diversi da quelli sanitari nella sua offerta alla popolazione anziana o a rischio.

Potrebbe essere utile un'occhiata a questo articolo il cui titolo è: **Studio di popolazione per la valutazione dell'efficacia della vaccinazione antinfluenzale 2014-2015**

In sintesi basta dare un'occhiata ai risultati: "la vaccinazione antinfluenzale determina una riduzione del 34% del rischio di decesso (HR: 0,66; IC95% 0,61-0,71) e di circa il 9% di ricovero

(HR: 0,91 per primo evento e 0,92 per eventi multipli, entrambi significativi). L'analisi per tutte le cause e quella per cause specifiche forniscono risultati simili. Non è evidente, invece, una riduzione del rischio per gli accessi a pronto soccorso. L'analisi stratificata per età e per numero di comorbidità mostra che l'effetto più rilevante si osserva nei soggetti con età maggiore di 65 anni e con almeno una comorbidità presente.

Lo studio è stato svolto a Milano tramite l'incrocio dei dati vaccinali con quelli delle Schede di Dimissione ospedaliera.

E' pubblicato su *Epidemiologia e Prevenzione* 2015; 39(4):234-242





### SBADATA COMUNICAZIONE: L'ESEMPIO DELLA CARNE ROSSA

*Dott. Marco Petrella*

Non è questa la sede per imbarcarmi in una recensione scientifica dei comunicati IARC su carne rossa e carne trattata, ma vi consiglio di leggere i comunicati ufficiali di cui vi fornisco gli indirizzi, in fondo a questo pezzo.

Mi concentro invece sul tema della comunicazione e su alcuni possibili errori che hanno fatto da base ad una campagna stampa allarmistica e in fin dei conti controproducente.

Innanzitutto: perché cominciare dalle carni rosse quando sono le carni trattate a mostrare maggiori evidenze di carcinogenicità? E' chiaro che molti usano le carni trattate solo in certe occasioni e alcuni tipi di trattamento sono noti solo presso certe popolazioni, quindi parlare delle carni trattate in prima battuta delle carni trattate avrebbe suscitato reazioni più composte. Al contrario quasi tutti si sentono sotto attacco se si parla di consumo di carni rosse e a poco vale dire che le evidenze in questo caso sono meno forti. Da cui lo scandalo: ma può mai essere che non si può più mangiare la carne rossa?

E poi: bisogna leggere le note di accompagnamento per essere rassicurati che la stessa definizione di carcinogenicità attribuita a carni trattate e

ad amianto non vuol dire che hanno lo stesso livello di rischio? Questo è un equivoco ancora più pericoloso, dato che allora la gente può pensare il contrario: se l'amianto fa male come la carne allora si può pure mangiare.

Non vado oltre: le trasmissioni radio-televisive, i titoli dei giornali, i commenti sui social media rendono meglio di me l'idea della gran confusione che si è creata. Nella mia esperienza, per esempio, costituiscono una chicca gustosissima le difese d'ufficio degli addetti al banco salumeria dei vari supermercati.

Non so come sarà digerito alla fine questo attacco informativo, ma mi interessa qui ricordare l'estrema attenzione che dobbiamo porre agli aspetti comunicativi quando come sanitari ci rivolgiamo al grande pubblico. Non ci sono più barriere e mediazioni, le notizie arrivano a tutti prima che si possa correre ai ripari e se l'uscita è stata mal formulata è dura poi correggere o fare marcia indietro.

[https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2015/pdfs/pr240\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2015/pdfs/pr240_E.pdf)

[http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Monographs-Q&A\\_Vol114.pdf](http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Monographs-Q&A_Vol114.pdf)



## DONAZIONE E TRAPIANTO: UNA SCELTA CHE VALE UNA VITA

Dott.ssa Tiziana Garzilli

La **Rete trapiantologica in Italia** si può considerare un modello di riferimento riconosciuto sia a livello nazionale che internazionale, poiché opera condividendo indirizzi e scelte strategiche tra i centri di coordinamento nazionale e regionali, le rianimazioni e i centri trapianto. La Rete, con la creazione del Centro Nazionale Trapianti Operativo, ha accresciuto il valore della componente infermieristica e ha mostrato di essere continuamente in grado di innovarsi.

Risultato possibile anche grazie a molti attori, quali: i legislatori in primis, che con la Legge quadro del 1999 n. 91 hanno riorganizzato il sistema trapianti, istituito il Centro Nazionale e regolato le modalità per dichiarare la volontà sulla donazione degli organi; le Regioni, che hanno supportato l'organizzazione e lo sviluppo delle reti regionali trapianti; gli operatori, che si sono adoperati per concretizzare la donazione.

Il 2015 sta per terminare e lo sguardo ai dati dell'attività di **donazione, prelievo e trapianto di organi in Umbria** solleva qualche elemento di preoccupazione.

Le segnalazioni dei Donatori sono complessivamente in aumento, ma allo stesso tempo sono in crescita,

purtroppo, anche le opposizioni. Occorre chiedersi le ragioni di questo trend: la risposta non è immediata, ma la sensazione è che questa attività necessiti in maniera costante di attenzione e supporto, altrimenti la stessa tende naturalmente a ridursi.

Ogni anno le liste di attesa per il trapianto si allungano e i prelievi effettuati non sono sufficienti per tutti i Pazienti.

Ciò avviene perché non tutte le persone quando sono ancora in vita esprimono la loro volontà di donare gli organi, quindi la decisione passa ai parenti più stretti che, in un momento doloroso quale è la morte di un congiunto, non sempre hanno la forza di occuparsi di questo aspetto e negano il loro consenso.

E' dunque importante **esprimere la propria volontà di diventare donatore di organi** e a tale proposito la Regione Umbria è in prima linea nell'informare i cittadini sulle modalità previste dalla legge italiana (Legge n. 91 del 01/04/1999) per dichiarare la propria volontà sulla donazione di organi e tessuti.

La Regione Umbria e Federsanità ANCI hanno infatti attuato il progetto pilota **"Una Scelta in Comune"**, trasferito poi a livello nazionale, per

permettere a chi richiede o rinnova la carta d'identità di esprimere il proprio consenso o diniego alla donazione, firmando un semplice modulo presso gli Uffici delle Anagrafi Comunali.

E' molto importante poi offrire ai professionisti sanitari che si occupano di donazione e prelievo **percorsi di formazione specialistica aggiornati**, in modo da raggiungere un più ampio numero di operatori nel settore.

In Terapia Intensiva ed in generale in sanità, la relazione con la famiglia del potenziale Donatore è fondamentale. L'accoglienza dei familiari in Terapia Intensiva, la comunicazione del lutto e la richiesta di donazione sono aspetti fondamentali che consentono ai parenti di fare la scelta giusta.

Ancora oggi la disinformazione impe-

disce ai cittadini di vedere nella donazione di organi un **gesto necessario alla sopravvivenza di altre persone**, senza secondi fini o aspetti poco chiari.

L'informazione deve allora aiutare a superare timori e pregiudizi che possono creare diffidenza. È dunque fondamentale rivolgersi a quelle persone che non sono di per sé contrarie, ma neanche sufficientemente informate da decidere di donare gli organi.

Infine, il pensiero conclusivo è indirizzato ai **familiari dei Donatori**, perché con il loro assenso al prelievo degli organi hanno compiuto un gesto di grande solidarietà, permettendo ai Pazienti in lista di attesa di migliorare la loro qualità di vita.





## STATINE E RISCHIO DI DIABETE

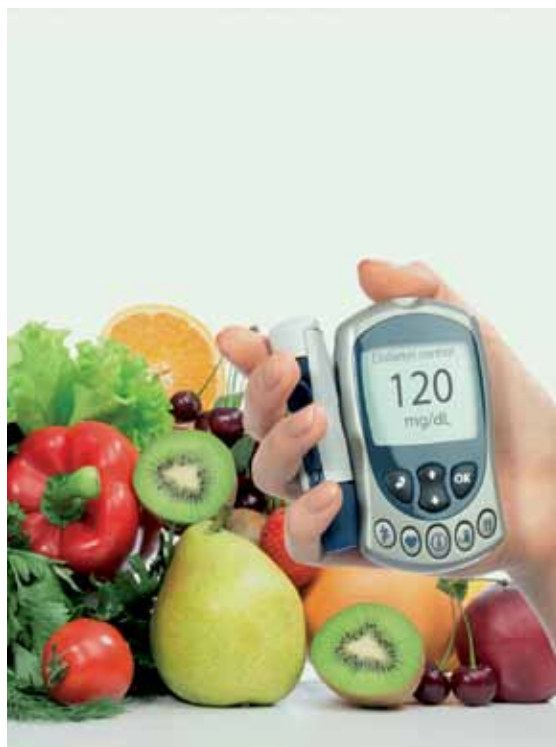
*Dott. Massimo Sorbo*

Una metanalisi di cinque studi effettuati sulla prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria per un numero totale di circa 52.000 pazienti non diabetici per un follow-up da 1.9 a 5 anni, ha rilevato lo sviluppo di diabete mellito nel 4% dei pazienti trattati con statine rispetto al 3,5% di quelli assegnati a placebo.

Una seconda metanalisi di tredici studi per un totale di circa 91.000 pazienti non diabetici, ha evidenziato la comparsa di diabete mellito con una incidenza del 9% più elevata in quelli trattati con statine rispetto a quelli non trattati con statine. In entrambe le metanalisi le differenze erano statisticamente significative.

Una terza metanalisi di cinque studi, condotti su circa 32.000 pazienti non diabetici, ha confrontato una terapia con statine a diverso dosaggio ed intensità di cura, valutando possibili effetti sulla incidenza di diabete di nuova insorgenza e su incidenza di eventi cardio-vascolari. Dopo un periodo di follow-up di circa cinque anni, i pazienti sottoposti a terapia con statine ad alto dosaggio, hanno manifestato due casi in più di diabete mellito e sei casi in meno di primi eventi cardiovascola-

ri per cento anni-paziente rispetto a quelli assegnati a terapia a basso dosaggio di statine; entrambe le differenze erano statisticamente significative. Una metanalisi di otto studi di coorte, condotti su 136.000 pazienti non diabetici di età superiore a 40 anni ai quali era stata prescritta per la prima volta una statina a seguito di una ospedalizzazione per un evento cardiovascolare maggiore, ha rilevato



che l'utilizzo di alti dosaggi di statina comportava un aumento dell'incidenza di diabete di nuova insorgenza del 15% rispetto a quelli trattati con statina a bassa intensità. La differenza comunque di incidenza di nuovo diabete era presente per i primi quattro mesi dopo l'inizio della terapia con statine e non era più statisticamente significativa dopo il primo anno di trattamento. Un'analisi post-hoc dei dati dello studio Women's Health Initiative relativi a 150.000 donne non diabetiche in post-menopausa che erano state seguite per circa 6 anni e mezzo, ha rilevato che le donne che al basale erano in trattamento con una statina avevano una probabilità maggiore di diventare diabetiche rispetto a quelle non trattate con statina; la concomitante presenza di una sindrome metabolica potrebbe spiegare in parte tale risultato. Una analisi retrospettiva su 9000 pazienti con stadio clinico di "prediabete" seguiti per una media di quattro anni, ha rilevato che l'uso di statine era associato a un aumento del 20% dell'incidenza di diabete mellito, ma anche ad una riduzione del 30% dell'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori.

Per tutti questi dati sopraesposti la FDA (US Food and Drug Administration) nel 2012 ha obbligato i produttori di inibitori dell'HMG-CoA riduttasi di aggiungere una avvertenza nei foglietti illustrativi dei propri prodotti a base di statina, per informare circa le segnalazioni di aumento della glicemia e dei livelli di emoglobina glicosilata (HbA1c). Non è stato individuato nessun possibile meccanismo che spieghi questa eventuale effetto

diabetogeno delle statine (ipotesi immunitaria?).

Conclusioni: Alcuni pazienti che assumono statine e hanno fattori di rischio per diabete, possono aumentare lievemente l'incidenza di diabete mellito, ma questo è controbilanciato da un maggior beneficio in termini di riduzione del rischio di eventi cardiovascolari.

The Medical Letter, 2014, XLIII, 22: 87-88

  
 Ordine Provinciale  
 Medici Chirurghi e Odontoiatri  
 Benevento  
 Ente di Diritto Pubblico (D.L. 13-9-1946, n. 231)

*... per non dimenticare*

Gent. le Collega,

*L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Benevento, come gesto di vicinanza nei confronti dei Cittadini del Sannio colpiti dai recenti gravi eventi meteorologici, oltre ad intervenire economicamente a favore degli alluvionati, ha istituito un IBAN dedicato attraverso il quale tutti possono contribuire.*

*Sicuro di una attiva partecipazione da parte Tua e dell'Ordine che presiedi Ti porgo i miei più cordiali saluti.*

Il Presidente  
 Giovanni Pietro Ianniello

IBAN- IT55M10503415000000000006505



## MEDICI DI FAMIGLIA: DI NOI... DI SOLITO... ...DICONO COSÌ

Dott. Antonio Tonzani

*Maria e Peppina si incontrano, come spesso accade, sulla piazza davanti all'ambulatorio dei rispettivi medici di famiglia, nei pressi dell'ufficio postale, davanti al bar. Ne nasce un dialogo appassionato, che, descrivendo realisticamente una professione amata, può svolgersi solo nella lingua più bella del mondo il dialetto perugino.*

MARIA: Ciao Peppina dua vè?

PEPPINA: Vò dal dottore Maria, so stèta a la posta, ma céva la fila e pu ho sbagliéto l num(e)ro e, dòppo mezz'ora, m'on ditto ch'évo da fè n'antra fila; Ho fatto la fila anc(o) al bar p la brioscia e l capuccino; l dottore m'ha ditto che nun l'ho da piè, perché me ngrasso e m'alza lo zzuccro, ma i(o) la mattina m(e) sento giù .e l pio.

MARIA: Anch'i(o) ciò da gi, ho da segnè le medicine p la pressione e pu m dojno i ginocchi e nun camino, nni la fò a stè ritta. Per fortuna fòn presto; quann'è pieno l'ambulatorio, na mezz'oretta,.....ma si un ce pol gi la mattina presto o tarde s fa subto; ce son quele freghe che se sbudell(o)no e anch'i dottori, m sembra, che son sempre tli. E pu vòl mette? na volta facémme la fila d(e) du ore pna ricetta! l(o) t dico ch(e) so contenta e pu c(e) posso gi tutto l giorno, quan m(e) fa còmdo.

PEPPINA: E pu, è visto Maria, ci ònno tutti qui compute e dentro c'è nni cosa: le medd(e)cine, j analise e c'enno scritte tutt(e) le nostre cose e anch(e) i dottori che nun sònno i nostr(e) c l'onno; è meglio perché si na volta uno nun pòl gi dal suo, va da n'antra e l guarda com(e)si fusse l'suo.

MARIA: Sì, ma per tne tutta q(ue)la ròbba dentro a qle machine, ci òn d'avé na pacènzà!...mica posson fè casino... e mica gli ha 'mparèto nissuno,.... òn da fe da lor(e). L'sé Peppina, saria come si io, nvece ch(e) fè l sugo, m mettesse a scartabellè nti fogli, sè quant(o) c(i) acapisco, sé quant(o) m vien bene? Cusi son lor(e), nn'è che nun ci òn vojia ....., c mancherà altro. Ta parecch(i), nvece, j da anch(e) gusto lavoracce n col compiutere, fè le ricette elettroniche, t(e)necce ta tutt(i) noaltre dentro, ma lor(o) mica òn dèto j esami per quisto, ta qualcuno i c(e) vole n mucchio d(i) tempo.

PEPPINA: E pu è visto, col compiutere ci òn da fè anch(e) i certificati, ch(e) sònno na cosa delicheta e pu.....na volta la machina n va, na volta è lenta, n'antra la ricetta nun va bene, la farmacista fa le storie e ...t'ar manda dal dottore ..è d'arfè la fila,.....le segretarie se ncàzz(o) no,.....'l telef(o)no sona .....e nsomma!!!

MARIA: E pu si s romp(e) qualcosa mica ci òn subto quillo ch(e) c mette le mène.

PEPPINA: Ma scusa Maria, nun ce potria esse un c ajuta n to sta ròbba, 'l tecnico, come ci on le banche, tant(o) per di.

MARIA: anch(e) secondo me ci avria da esse, ma l sè ch(e) t dico: n tle banche c'ènno i sold(i), n tl'ambulatorio c'èn sol(o) le pasticche. ....e alora!!!

PEPPINA: Ma l sé Maria, ho visto l mi dottore l'altro jer(i): éva giù giù, stracco morto, m sembrèva ch(e) pensèva ta nantra cosa, nun m(e) déva retta.... e pu lu è tant(o) brèvo, m(e) visita sempre, m'artira su, e quan vo via da l'ambulatorio, so sempre contenta, ch(e) m vien(e) voglia d'argicce spesso, .. anch(e) troppo chissà ch(e) dirà? L sè i(o) ciò n po' d pressione, perché ciò i nerve, m vien(e) l'agitazione e m batte l còre, ma quando mla misura lu so calma e più o men(o) va bene. A la fine ta me m(e) dispièce de sta situazione, n po' per noaltre perché second(o) me nun ce la meritèno e n po' anch(e) pel dottore, si nni la fa più, perché ta me m'ha juteto. M'arcordo quando m(e) nivon tutt( i) qui pensier(i) n po' strèni, qu'idee n tla testa, c'évo n magone che qualch(e) volta mm!.....lassèno stè!... Lu m'ascoltèva ,m diceva l(e) cose , ch' évo da tirè avante, che pu saria passèto ....e io, quando m diceva cusì, év(o) contenta e,.... daje ogg(e) e daje d(o) mane, l'sé? ..i m so guarita e adess(o) rid(o) sempre.

Nsomma io i voj(o) bene e m dispièce si cià qualcosa chi va storto, e pu anch(e) lu ci avrà i su problem(i), mica noaltre solo.

MARIA: ta chi l dic(i) Peppina, i la mia l'adoro, me tratta bene, me ride, è calma e pu cià da fè ve, l sè m à ditto che

ti dentro a l'ambulatorio ce vònno 9000 persone .

PEPPINA: e 'n colpo son tante!

MARIA: E pu l sé Peppina ta me m'òn ditto che adesso ta i dottor(i) nni fòn segnè piu j analise e l(e) lastre, sol(o) si uno sta mèle forte; per segnaje è da stè per murì; dicno che cusì è mejo per noaltre ,perchè nn'én da sprechè , ma .....sarà che noaltre sprechèno !!

PEPPINA: Sie ...Ma ch(e) dic(i)? .nnè che n ti segn(a)no, è che, anch(e) si c vojiono, gliè da paghè listesso; e chissà com(e) faréno a vdè si un ci ha na malattia, si manc(o) c(e) poten guardè o si, per guardacce, c(e) vòle la pensione de n disgrazieto!.... Tuquì son diventèt(i) tutt(i) matt(i), m sa ch(e) ce vojon fe murì per forza, i costén troppo !!!

MARIA: lo nvece ciò na convinzione Peppina: vojno ch(e) pagheno nni cosa, cusì chi ci ha i sold(i) campa ..e fa più sold(i) . qui altr(i) ....addio !!

PEPPINA: L sé, ta me mna ditta anch(e) n'antra l mi dottore, ch(e) nun ci avria mè potut(o)crede: l sé? mica guadgnon tant(o) ve! Quilli ch(e) son pien(i) d mutuati i solde n po' n pijno -ch(e) c'entra- ma, pèga la segretaria, pèga l'affitto, pèga la ròbba d l'ambulatorio, pèga le tasse, pèga d(e) qua, pèga dla, a la fine l mucchio s(a) rincinisce ..... nun s lamentno, ma i sold(e) nni fònno, n t crede!

MARIA: l'sé Peppina ch'o capit(o) io: ho capito che io, tu, e quas(i) tutt(i) quilli ch(e) vònn a l'ambulatorio- e son tant(i) -tal dottore i volén bene e l sè ch(e) t dico..... ni òn da rompe tanto..... perché si n giorno ci girono.....

*Si ringrazia Sandro Allegrini, Presidente dell'Accademia del Donca, per la consulenza prestata*



## I PAPI UMBRI E MARCHIGIANI STORIE E NOTE STORICHE

Dott. Tiziano Scarponi

Il nostro Paolo Latini, dopo una vita spesa nel Policlinico Monteluce di Perugia come primario ospedaliero e come docente di Radioterapia Oncologia presso la nostra Università, ha deciso di trascorrere la vita da pensionato dedicandosi a quello che più lo attrae: la ricerca storica.

Ricordo infatti le sue precedenti pubblicazioni: " *La Radiologia in Umbria. Note storiche sull'origine e l'evoluzione delle scienze radiologiche* " e " *I Fogliardi nella vita culturale e patriottica dell'Ottocento. Note storiche sulla famiglia e sul palazzo Fogliardi di Fabriano*". La prima ripercorre tutta la vita della Radiologia umbra che coincide con tutta la storia del Policlinico di Perugia, mentre la seconda è una ricerca delle proprie origini marchigiane, delle proprie radici.

Anche in questo volume, scritto a quattro mani con il perugino Mauro Bifani, in qualche modo c'è un punto di contatto con le terre che hanno avuto un significato per il professor Latini: le Marche, regione in cui è nato, e l'Umbria la regione che ha gli ha permesso il suo sviluppo cultura-

le e professionale.

Come dicono gli autori nell'introduzione l'obiettivo del libro non è quello di interpretare, attraverso le vicende storiche dei papi, dispute dottrinali teologiche o cristologiche, né di riferirsi alla storia del cattolicesimo che è una realtà di gran lunga più vasta di cui i papi sono solo una parte di essa.

Con la conoscenza degli avvenimenti si tenta di capire sia il significato politico e religioso, sia l'evoluzione e la sua adattabilità nel tempo della istituzione pontificia, nei rapporti con il mondo e soprattutto con l'Italia.

Dei 266 papi che si sono succeduti da San Pietro a Francesco, solo dieci hanno avuto i natali in queste due regioni e sono stati studiati soprattutto perché la loro presenza è stata occasione di eventi molto significativi, e anche con l'auspicio di poter suscitare l'interesse dei lettori o degli storici a realizzare approfondimenti e documentazioni nei confronti dell'istituzione pontificia.



## RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: APPROVATO EMENDAMENTO ALL'ART. 6

Approvato dalla Commissione Affari Sociali l'emendamento all'art. 6 del testo unico sulla responsabilità professionale che modifica il rilievo penale della colpa: la nuova formulazione introduce una variazione del Codice Penale per cui "l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita" risponde dei reati di omicidio colposo e di lesioni personali colpose "solo in caso di colpa grave" (art. 590-ter - Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario).

Secondo Donata Lenzi, capogruppo PD nella Commissione Affari Sociali, si tratta di un importante passo avanti: *«Considero l'articolo approvato oggi, che prevede un intervento con una fattispecie penale di lesione colposa in materia sanitaria, un passo avanti importantissimo. Siccome del corpo umano non sappiamo tutto, la condizione del medico, e in generale dell'operatore sanitario, è molto diversa da quella di qualsiasi altro professionista. Ne consegue una diversa entità di rischio. Di cui finalmente, con questo articolo, si prende atto».*

Su che cosa incide in particolare l'emendamento?

*«L'emendamento è stato fatto tenendo conto dei rilievi pervenuti dal Ministero della Giustizia. Delinea in modo più preciso la fattispecie colposa legandola al tema dell'imperizia. Rimangono esclusi i casi di negligenza e imprudenza perché, per intenderci, è ovvio che se un chirurgo dimentica la garza nello stomaco del paziente debba risponderne. Se invece l'intervento viene eseguito sulla base delle indicazioni cliniche scientificamente validate e ne consegue un fatto del tutto imprevedibile, per esempio una reazione allergica, allora lo scenario è completamente diverso».*

L'art. 6 mantiene infatti il riferimento a linee guida e buone pratiche terapeutiche come motivo di esclusione dalla colpa grave: *«Siamo all'interno della strada tracciata dal decreto Balduzzi del 2012- commenta Lenzi - che già faceva riferimento alle linee guida. Su questo tema abbiamo chiesto al Ministero della Salute un imponente lavoro di verifica e accreditamento: le linee guida consentono al professionista di poter seguire una strada più chiara». E a maggior chiarezza in ambito clinico corrisponde maggior tutela in caso di giudizio: «Parliamoci chiaro: non è il magistrato che decide se l'intervento andava fatto in modo o in un altro.*

Nella maggior parte dei casi ciò che conta è il parere del ctu (il consulente tecnico d'ufficio). Se si dispone di linee guida di riferimento, è possibile ridurre il margine di discrezionalità del perito». Gli emendamenti proposti per l'art. 7, di cui è oggetto la responsabilità contrattuale della struttura ed extracontrattuale del singolo medico,

verranno votati domani. Saranno approvati? «L'orientamento secondo cui la prevalenza di responsabilità sta in capo all'azienda sanitaria, che risponde anche per l'operato dei suoi dipendenti, è abbastanza condiviso da tutti. Ma scrivere la norma non sarà facilissimo».

## **POESIE DI ADELAIDE SUSTA**

### **Sarebbe**

*Sarebbe stato bello  
percorrere insieme la strada della vecchiaia,  
a passi incerti, impacciati,  
le rughe a tracciare la vita vissuta,  
affannati quando il passo accelera.*

*Sarebbe stato bello rivivere i momenti,  
raccontando ai nipoti una storia, la storia della vita.  
Sarebbe stato bello, noi, i saggi,  
gustare ogni momento come se il dopo non arrivasse.  
Sarebbe stato bello guardarsi,  
capirsi con la voce dell'anima, senza le parole.*

*E sarai con me per le strade del mondo,  
io le vedrò per te.  
Continueremo a dirci le cose,  
ad essere curiosi, ad amarci.  
Finché io ci sarò tu ci sarai.*

### **L'oltre**

*Oltre l'orizzonte  
dove il sole va a nascondersi  
vaga la mia anima-  
e io cerco te.  
Scruta oltre l'apparenza  
degli umani resti  
per ritrovare il tempo passato.  
I resti di un amore lacerato e vivo,  
ormai oltre l'orizzonte.*



## 730 PRECOMPILATO, ANDI E FIMMG EVIDENZIANO VIOLAZIONI ALLA PRIVACY E SCRIVONO AL GARANTE. PRONTO IL RICORSO ANDI AL TAR

*Dott. Antonio Montanari*

La **norma sulla semplificazione fiscale e dichiarazione dei redditi precompilata** che impone a medici e dentisti di inviare tramite il Sistema Tessera Sanitaria al Ministero della Finanze i dati dei propri pazienti e le loro spese sostenute per le cure **violerebbero la privacy dei pazienti** stessi e metterebbero a rischio sanzione gli stessi camici bianchi.

A denunciarlo sono ANDI e FIMMG che nei giorni scorsi hanno inviato al Garante della Privacy un quesito per chiarire alcuni punti in tema di trattamento dei dati sensibili e di tutela della privacy del paziente.

Secondo i due sindacati medici con il più alto numero di iscritti (27mila per FIMMG, 24 mila per ANDI) il Decreto con il quale si impone la trasmissione dei dati indica che il soggetto titolare del trattamento dei dati è il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Facendo notare come, allo stato attuale, la categoria di medici dentisti ed odontoiatri non è dotata di alcun software per accedere al Sistema Tessera Sanitaria, i sindacati evidenziano che il Decreto non contiene nessuna specifica in tema di misure minime sulla strumentazione da adottare e quelle in tema di sicurezza. Inoltre, continuano ANDI e FIMMG, l'attuale formulazio-

ne del Decreto esporrebbe, laddove comportasse anche accidentalmente la distruzione, la perdita, la modifica, la rivelazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, memorizzati o comunque elaborati nel contesto della fornitura del servizio, il medico ed il dentista alle sanzioni di legge per la "violazione dei dati personali" dei propri pazienti.

In particolare, chiariscono i due sindacati medici, nel provvedimento ministeriale risulta specificato che il soggetto identificabile come il "titolare" del trattamento dei dati (personali, identificativi e sensibili), sia il MEF, il quale, secondo la definizione prevista dalla legge, può effettuare operazioni sui dati raccolti, però i dati li raccolgono e trasmettono il medico ed il dentista e, secondo il provvedimento ministeriale, non è neppure chiaro se



debbano recepire da parte del paziente il consenso scritto al trattamento dei dati in considerazione che si tratta di dati sensibili.

ANDI, seguendo le indicazioni emerse dal Consiglio Nazionale, ha dato inoltre incarico ai propri legali di **predispone l'impugnativa al TAR Lazio del Decreto** che obbliga medici ed odontoiatri ad utilizzare il Sistema Tessera Sanitaria per la trasmissione dei dati

per il 730 Precompilato e vi terrà informati sull'evoluzione degli obblighi collegati (si ricorda che la scadenza per la trasmissione dei dati relativi alle fatture del 2015 è il 31 gennaio 2016 e comunque, nel caso le battaglie legali non dovessero sortire l'esito auspicato, ANDI fornirà per tempo ai propri Soci gli strumenti informatici per affrontare per tempo la scadenza).



## ULTIM'ORA

**Annulare il Decreto Ministeriale** del Ministero dell'Economia e delle Finanze *"Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema tessera Sanitaria da rendere disponibili all'Agenzia delle Entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata"* sarebbe auspicabile in quanto **determina una palese disparità di trattamento tra medici liberi professionisti, strutture sanitarie non accreditate e medici convenzionati.**

E' questo, in sintesi, il **motivo principale del ricorso al TAR Lazio** che ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) ha presentato il 30 ottobre scorso contro l'obbligo per dentisti e medici di comunicare gli importi delle fatture emesse di ogni singolo paziente attraverso il Sistema Tessera Sanitaria per la

predisposizione del 730 precompilato.

Nelle 17 pagine della memoria depositata, i legali di ANDI hanno evidenziato tutte le problematiche che gli odontoiatri liberi professionisti sarebbero costretti a sopportare se verrà confermato l'obbligo, tra le quali la necessità di informatizzare lo studio, ma anche le questioni non ancora risolte. Non ultima l'impossibilità, ad oggi, per i dentisti liberi professionisti di accedere al Sistema Tessera Sanitaria per inserire i dati e le modalità di inserimento.

*“Non siamo contrari al 730 precompilato, ma alle modalità e alla burocrazia inutilmente creata per trasmettere dati che già forniamo al Ministero dell'Economia. Inoltre le pesanti sanzioni (100 euro per ogni fattura emessa non inviata!) che inizialmente dovevano decorrere dal 2017, con la Legge di Stabilità verrebbero anticipate al 1° gennaio 2016”*, chiarisce alla stampa il Presidente ANDI **Gianfranco Prada**.

Principalmente sono **tre i punti su cui si fonda il ricorso di ANDI**.

Il primo entra nel merito del testo della norma. Secondo i legali di ANDI la formulazione del provvedimento coinvolge medici e dentisti in quanto iscritti all'Ordine ma di fatto la norma obbligherebbe ad inserire i dati nel STS solo i liberi professionisti e le strutture sanitarie convenzionate o accreditate, lasciando escluse tutte le altre strutture sanitarie private. *“In questo modo i cittadini non avrebbero comunque nel 730 tutte le spese sanitarie effettuate e si creerebbe una disparità tra libero professionista non accreditato (obbligato a comunicare i dati) e strutture sanitarie non accreditate (esentate dalla comunicazione)”*, ricorda il Presidente Prada.

Il secondo evidenzia come **la norma vada in contrasto alle leggi** che regolamentano il buon andamento e l'efficienza della Pubblica Amministrazione imponendo a dentisti e medici liberi professionisti di inviare due volte i dati del 2015 che **VENGONO GIÀ INVIATI DAGLI STESSI SOGGETTI, SEMPRE ALL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA, ATTRAVERSO LO SPESOMETRO**.

Il terzo sottolinea come **la norma sia in contrasto con le normative sulla privacy**, in quanto i dati sensibili che riguardano la salute sono raccolti dal professionista che li invia al Sistema Tessera Sanitaria ma il titolare del trattamento dati risulta essere il MEF (Ministero dell'Economia) e non il professionista che li raccoglie e li invia. Questo mette a rischio sanzioni lo stesso professionista come ANDI ha ricordato anche al Garante della Privacy la scorsa settimana.

*“Abbiamo ritenuto necessario e doveroso proporre ricorso contro il Decreto - conclude il Presidente Prada - per porre una base concreta alle nostre rimostranze ed obbligare ad una risposta il Ministero dell'Economia ma siamo fiduciosi che nelle prossime settimane riusciremo ad ottenere dalle Istituzioni, grazie anche al sostegno della FNOMCeO, i chiarimenti necessari e le modifiche che abbiamo richiesto al fine di evitare che dentisti e medici liberi professionisti siano pesantemente penalizzati dal provvedimento che porta solo ulteriore burocrazia negli studi e nessun beneficio ai cittadini”*.

Intanto ANDI sta anche lavorando per **coinvolgere nel ricorso gli altri sindacati di riferimento** delle professioni mediche interessate dal provvedimento.



# REVISIONE DELL'ITER AUTORIZZATIVO ALL'APERTURA DI STUDI MEDICI ED ODONTOIATRICI: FINALMENTE CI SIAMO

*Dott. Andrea Donati*

La legge 502/92 (aggiornata dal d.lgs 229/99, la cosiddetta legge Bindi) ha portato un notevole sconvolgimento dell'iter di apertura di studi medici ed odontoiatrici (d'ora in avanti studi medici), prevedendone, per alcune tipologie, la necessità di autorizzazione regionale all'esercizio. Al decreto legislativo sarebbe dovuto seguire un "documento di indirizzo e coordinamento" che meglio chiarisse tipologie, modi e tempi per l'autorizzazione degli studi, documento che purtroppo, come spesso accade in Italia, non è mai venuto alla luce, ponendo le Regioni nella necessità di legiferare autonomamente in merito.

Naturalmente ognuna si è espressa in maniera del tutto autarchica, non di rado in difformità con le altre, tanto che studi con le stesse caratteristiche, magari a poca distanza l'uno dall'altro ma in regioni limitrofe, si son visti imporre iter e vincoli autorizzativi anche profondamente diversi.

Con il tempo molte regioni sono tornate sul tema e finalmente vi è una lenta convergenza, in attesa di un regolamento nazionale, verso un modello che sembra mettere d'accordo tutte le parti (modello Toscana).

In Umbria, a fronte di un regolamento ormai datato febbraio 2000, assai

essenziale, tanto da richiedere continue e non sempre condivisibili interpretazioni, l'Ordine dei Medici (e principalmente il comparto odontoiatrico, interessato praticamente nella sua interezza dalla normativa) è da tempo immemore in prima linea, al fianco di organizzazioni sindacali quali l'ANDI, nel richiedere, anche se purtroppo con scarsi risultati, una rivisitazione dello stesso.

Nell'ultimo anno è stato finalmente possibile rappresentare il disagio della categoria ai vertici istituzionali, con incontri che hanno visto i delegati ordinistici incontrare prima la Presidente Catuscia Marini ed il dr. Emilio Duca, direttore generale del dipartimento di Salute e Coesione sociale (in Marzo), e successivamente il neo assessore alla sanità dr. Luca Barberini (nello scorso Settembre).

In entrambi gli incontri piena disponibilità è stata espressa dai nostri governanti nel rivedere nelle forme e nei contenuti l'iter autorizzativo, stante il fatto che anche gli organismi di controllo e vigilanza (Asl in testa) hanno da tempo manifestato e condiviso il disagio dovuto alla mancanza di una normativa chiara ed univoca.

L'ulteriore buona notizia è che si prevedono tempi rapidi (entro i primi sei

mesi del prossimo anno ci ha garantito l'assessore Barberini).

Molti saranno i punti in discussione, e naturalmente non vi è sufficiente spazio in queste righe per illustrarli ed approfondirli.

Su alcuni principi cardine, sui quali mi auguro non potrà che esserci convergenza, si baseranno le nostre richieste: lo **studio medico privato** (non accreditato e men che meno convenzionato) è il luogo fisico **privato** (devo risottolinearlo?) in cui il medico esercita la sua professione (Cass. Civ. 7738/1993); **non deve essere pertanto soggetto ai vincoli che investono le strutture pubbliche o aperte al pubblico.** L'attuale impostazione, frutto di una storiatura interpretativa, tra l'altro unica e originale, in quanto vincoli del genere non sono imposti né a studi medici non autorizzati né ad alcun altro studio professionale nella regione e neppure, per quanto se ne sappia, a tutti gli studi medici, autorizzati e non, del resto d'Italia, deve essere riconsiderata;

La procedura deve essere **ricalibrata e semplificata** per la stragrande maggioranza degli studi medici (come del resto sta avvenendo nel resto del paese, e come da precisa sentenza del TAR del Lazio), riconoscendo il vincolo della autorizzazione formale ai soli studi in cui realmente si svolgono procedure "di particolare complessità" o in cui vi è concreto "rischio per la sicurezza del paziente" (d.lgs. 229/99 art. 8 ter);

i requisiti di base per l'apertura, e pure per il mantenimento in essere, di **tutti** gli studi medici, stabilendo vincoli magari anche diversi ma che dunque dovranno inevitabilmente riguardare

in qualche modo sia gli studi formalmente "autorizzati" che quelli "non autorizzati", dovranno essere ricalibrati, **ponendo massima attenzione a quelli che garantiscono la qualità e la sicurezza delle cure** e marginalizzando gli aspetti meramente formali e burocratici (non di rado oggi accade il contrario)

Il rispetto di tali principi cardine inevitabilmente farà cadere la maggior parte delle obiezioni che nel corso degli anni, e non solo in Umbria, sono cresciute attorno al tema, dando possibilità al medico privato **non solo di non abbandonare, ma sperabilmente di ripopolare, aree difficili dal punto urbanistico, quali i centri storici, consentendogli, ora come sempre, di fornire quel basilare ed innegabile contributo per la salvaguardia ed il recupero della salute pubblica che da sempre gli si riconosce**





## L'AGGIORNAMENTO IN ODONTOIATRIA

Dott.ssa Claudia Giannoni  
(Segretario Culturale Andi Provincia Perugia e Regione Umbria)

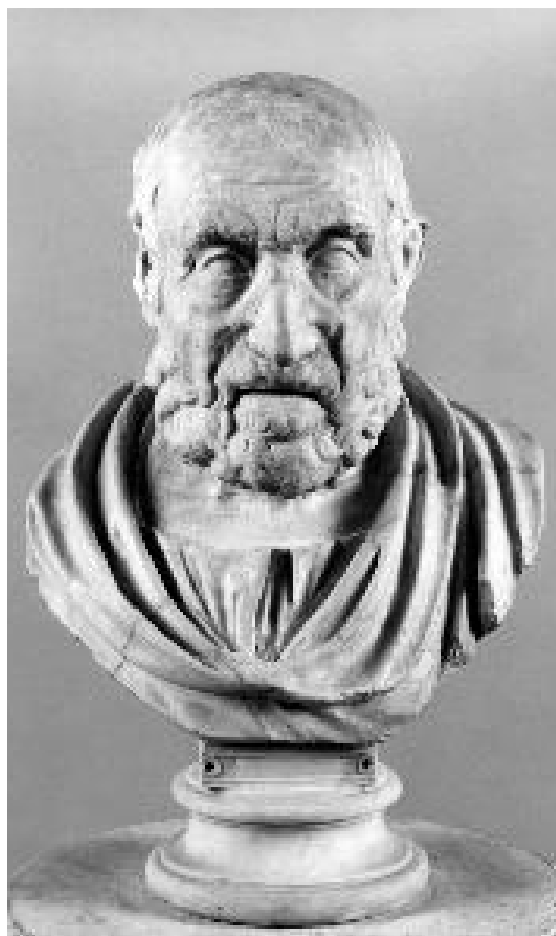
*"...E insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla, senza richiedere compensi né patti scritti; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro..."*  
(Ippocrate)

Tra i compiti che la legge e la tradizione medica attribuiscono al nostro ordine professionale, ve ne è uno di crescente importanza, oltre che molto antico, laddove si pensi alla medicina di un tempo, con le sue regole sull'apprendistato.

Oggi viene chiamata "formazione continua" che, oltre deontologicamente, è ora obbligatoria e consiste, semplificando molto, nel promuovere ed organizzare il trasferimento di conoscenza, da coloro che apportano innovazioni, ai colleghi che poi hanno la possibilità di utilizzarle nella pratica clinica quotidiana.

Tale compito, almeno per ciò che riguarda l'odontoiatria, era appannag-

gio, quasi esclusivo, di ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani), che nel corso degli anni si è sempre preoccupata dell'aggiornamento dei dentisti, organizzando con varie mo-



dalità, convegni e congressi.

Ora, grazie anche al prof. Fiore, attuale coordinatore, della Commissione Formazione e Aggiornamento in seno all'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Perugia, nella quale sono molto onorata di essere stata inserita, insieme al dott. Genovesi, si è capita l'importanza anche dell'odontoiatria, al pari di una qualsiasi altra branca della medicina; grazie, dicevo, al prof. Fiore, si è data, da qualche tempo a questa parte, anche agli odontoiatri, attraverso il nostro ordine professionale, la facoltà alla realizzazione di convegni e congressi specifici a favore proprio del settore odontoiatrico.

D'altra parte, la cosa non deve stupire. In effetti, gli accelerati progressi della scienza medica, mostrano una ben nota interrelazione tra i vari elementi dell'organismo umano e, questo fa sì che, sempre più spesso, numerosi componenti del nostro corpo possano essere l'un l'altro trattati e, da ciò, non certo si sottrae l'odontoiatria.

Vorrei rammentare ai colleghi i prossimi eventi che vedono coinvolti anche gli odontoiatri:

- 21 novembre "aritmie cardiache"
- 28 novembre "aspetti medico legali, civili e penali nel rapporto di consulenza e collaborazione tra odontoiatri".





# 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](http://www.carifac.it)

Numero Verde  
**800 373797**



**CASSA DI RISPARMIO DI  
FABRIANO E CUPRAMONTANA**

GRUPPO VENETO BANCA



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

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

Perugia, li 3 novembre 2015

Prot. 3791  
Rif. N.

Allegati  
del

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

**OGGETTO:** Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,

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

***L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE***

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

Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131 il giorno sabato 12 dicembre 2015 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

***DOMENICA 13 DICEMBRE 2015 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE***

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

***ORDINE DEL GIORNO:***

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2014, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2015, Approvazione Bilancio Preventivo 2016 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza" e "Luigi Balducci".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE  
(Dott. Graziano Conti)



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

**DELEGA**

IL/LA DOTT./DOTT.SSA \_\_\_\_\_

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_