



# Bollettino<sup>03-2016</sup>

**ORDINE DEI MEDICI**  
**CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 03-2016**



Foligno, Piazza San Domenico

## i n d i c e

IO SONO  
DEMATERIALIZZATO

Pag. 3

FACILE FARE I  
VIRTUOSI CON I  
SOLDI DEGLI ALTRI

Pag. 6

DUE MEDICI  
CHIRURGI DI  
BEVAGNA

Pag. 8

CHIRURGIA  
ENDOSCOPICA  
TRANSANALE

Pag. 24

FONDAZIONE  
ANT

Pag. 27

# BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 03/2016

## Sommario

IO SONO DEMATERIALIZZATO	3
FACILE FARE I VIRTUOSI CON I SOLDI DEGLI ALTRI	6
SULLA QUESTIONE MEDICA	8
VA COME TI PORTA LA STRADA	11
DUE MEDICI CHIRURGHI DI BEVAGNA	12
ETÀ GERIATRICA: INVECCHIAMENTO CEREBRALE E QUALITÀ DELLA VITA	19
CHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANSANALE	24
FONDAZIONE ANT	27
AMALGAMA DENTALE, ANDI SCRIVE AI MINISTRI COMPETENTI, "RISCHIOSO VIETARNE L'UTILIZZO"	29
L'UMBRIA NON DIMENTICA!	31

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



## IO SONO DEMATERIALIZATO

*Dott. Tiziano Scarponi*

Chi mi conosce o chi mi segue leggendo questi editoriali sa benissimo come la penso in merito all'informatica, alla telematica e via dicendo. Anche se sto sempre dalla parte di chi invoca l'Umanesimo in sanità, sono perfettamente consapevole che il mondo va avanti, la società cambia e va avanti e anche la medicina, nonostante qualcuno pensi il contrario come se fosse una categoria dello spirito di gentiliana memoria, va avanti e muta. Ci potrà piacere oppure no, anche il nostro lavoro di conseguenza subisce il cambiamento e a noi non resta che adeguarci e cercare di metterci in maniera pragmatica a nostro agio in una situazione in cui di primo impatto tutto può sembrare ostico e di difficile gestione.

Quando iniziai, il passato remoto è d'obbligo, nel 1978 a lavorare, niente mi faceva supporre che nel giro di pochi anni avrei cambiato in maniera strutturale il mio modo di lavorare. Nel settembre dell'89 acquistai il mio primo personal computer: un "Amstrad" con un microprocessore "AT" e una memoria di hard disk di addirittura 20 mega con cui iniziai a tenere la mia prima cartella clinica informatica orientata per problemi e a stampare ricette con una

stampantina ad aghi che emetteva il suo caratteristico suono da pelle d'oca ad ogni cambio di riga. Da allora anche il mondo dell'informatica si è evoluto a un ritmo vertiginoso, tanto rapido che non si faceva in tempo ad acquistare una nuova "macchina" che dopo nemmeno un anno cominciava ad essere superata. Dos, Windows in decine di versioni..... per arrivare allo stato attuale in cui ora lavoro in rete con i miei colleghi della medicina di gruppo e on line con l'Agenzia delle Entrate ed il server regionale. In questo momento, dico ai miei pazienti, lo studio del medico di famiglia è diventato come lo sportello bancario o delle poste.....se non va il terminale non si può più fare niente.

Un tempo, compilare una ricetta o un'impegnativa per accertamenti era una "volata": cognome e nome del paziente, numero di libretto della mutua, diventata poi SAUB e poi USL, il nome commerciale del farmaco con la quantità consentita, firma e via. Adesso la compilazione di tali apparenti pezzi di carta è invece diventata un qualcosa di veramente complesso, di articolato quasi inintelligibile. Vediamo tutti i passi ad uno ad uno!

1) Cognome e nome del paziente, che

però per la privacy andrebbe chiesto se metterlo in chiaro oppure oscurato.

2) Codice fiscale

3) indirizzo del paziente, obbligatorio se farmaci della IV tabella.

4) Codice di esenzione dal ticket oppure

5) Fascia di reddito

6) Sigla provincia e numero dell'ASL di appartenenza

7) Finalmente il farmaco, ma attenzione! Indicare il nome chimico se nuova terapia, nome chimico insieme al nome commerciale se vecchia terapia, solo nome commerciale con la dizione di NON SOSTITUIBILE con la motivazione, se vuoi che il farmacista dispensi il prodotto che prescrivi.

8) La nota CUF se ricorrono le condizioni per la rimborsabilità del farmaco e poi, facoltativa, la biffatura della lettera S per indicare che la ricetta è suggerita, vale a dire è una ripetizione di una prescrizione specialistica.

9) Timbro e firma.

Se si tratta di accertamenti la cosa si fa molto più difficile!

Sino al passaggio n.6 le modalità sono le stesse, ma soprattutto da quando è arrivata la dematerializzata il passaggio principale, quello dell'indicazione dell'esame è diventata una specie di labirinto di difficile percorso. Va da sé che in un sistema, in una rete in cui i vari nodi dialogano fra loro si debba usare un linguaggio unico: il nomenclatore regionale nel nostro caso, ma il problema è che la sua stesura ha comportato la rivisitazione della denominazione di molte specialità senza previa informazione e concertazione con chi queste le deve poi richiedere. Un esempio. La richiesta

di una visita neurologica legata ad un sospetto diagnostico o a una diagnosi circostanziata dovrebbe essere cosa tranquilla, ma non è così: il CUP rimanda al mittente la richiesta se accanto alla visita neurologica non compare in maniera predefinita e con un codice, la dizione per i disturbi del movimento, per i disturbi della memoria, dei disturbi del sonno o del centro cefalee, delle malattie demielinizzanti, neurologica vascolare, neurologica endocrinologica e chi più ne ha più ne metta. Sono comparse poi richieste nuove di zecca: medicazione non asportativa di ferita, esame senologico clinico-strumentale che esplode tre prestazioni, tutti i profili che esplodono ogni ben di Dio e altro. Risulta scomparso invece l'esame istologico ed altri esami che possono essere richiesti solamente dallo specialista. Un'altra grande criticità è proprio quest'ultimo, che seguita a crocettare esami su fogli prestampati o, a richiedere specialità senza minimamente adeguarsi al nomenclatore, ma che ci possiamo fare? Una volta individuato l'esame in maniera corretta, mi faccio il segno della croce per l'eventuale codice RAO. Qui in teoria doveva essere tutto semplice e chiaro. Io stesso ho partecipato in Azienda USL alle commissioni per l'individuazione delle Categorie Omogenee di Attesa, ma come al solito fra il dire e il fare c'è in mezzo il mare! La burocrazia ottusa, il paziente ansioso, l'autoreferenzialità più o meno consapevole del terminalista CUP o del farmacista ci stanno costringendo di fatto a ripetere la prescrizione di circa il 40% delle richieste.

Fra il "non c'è posto" o "c'è posto fuori

sede”, prenotazioni bloccate, “c’è posto se ti ci mette l’urgenza” la richiesta di accertamenti è diventata una concertazione continua molto spesso foriera di dissapori, discussioni e persino liti con tanto di revoca del medico di famiglia da parte dell’assistito.

Tutto questo che è stato detto sino ad ora, riguarda unicamente il tempo e le energie mentali spese per la compilazione formale della prescrizione. Pensate il dover fare una ricetta a casa del paziente in occasione di una visita domiciliare con una persona anziana che non si ricorda dove ha messo la tessera sanitaria e a quale fascia di reddito appartenga! Noi non ricordiamo, magari, se il paziente ha un’esenzione per patologia specifica o il numero della nota CUF per quel farmaco! Pensate se, come spesso capita, in ambulatorio all’improvviso sparisce il collegamento

telematico o si inchioda il programma che gestisce il data base. Immaginatevi quando si inceppa la stampante, quando si “incasina” la rete della medicina di gruppo o l’ENEL sospende l’erogazione dell’energia elettrica per guasti o manutenzione! A tutto questo aggiungete magari l’ansia per una diagnosi incerta dopo un esame clinico, l’aver pensato una terapia che deve essere efficace, appropriata e possibilmente di basso costo, oppure un accertamento con la dizione giusta, appropriato e con RAO che non dia poi adito a discussioni. Pensate a tutto questo, quando oramai spruzzate adrenalina da tutti i pori, nel momento in cui date l’invio per la stampa e pensate che la prescrizione stia viaggiando nella rete dematerializzata.....vi viene spontaneo:” Voglio dematerializzarmi anch’io!”.





## FACILE FARE I VIRTUOSI CON I SOLDI DEGLI ALTRI

Dott. Graziano Conti

Nel leggere in bozza l'editoriale del direttore, che condivido completamente, ho riflettuto su una cosa che ha trascurato il dottor Scarponi e cioè che tutta questa impalcatura informatica si regge sulle spalle e sulle tasche dei medici e mi è tornato in mente un articolo apparso tempo fa sul Bollettino dell'Ordine di Vicenza a firma del suo presidente, il dott. Michele Valente che si intitolava appunto: "Facile fare i virtuosi con i soldi degli altri".

Partiva l'articolo dalla constatazione di assistere a un progressivo smantellamento di uno dei più efficienti sistemi sanitari del mondo. Il nostro. Dai tagli regionali fatti sulla pelle della gente con la diminuzione dei posti letto in assenza di un adeguato avvio dei servizi territoriali. Dal fatto che il blocco del turnover del personale ospedaliero ha messo in crisi l'erogazione di molti servizi, allungato le liste d'attesa, anche quelle operatorie, negando di fatto l'accessibilità alle cure a molti cittadini, costretti a rivolgersi al privato o a migrare in altre Regioni.

Proseguiva il dott. Valente: "La realtà che i nostri "virtuosi" amministratori regionali non vogliono ammettere è che ormai esistono due Sanità: quella

garantita dal SSN e quella riservata a chi ha possibilità economiche. La prima si dibatte in difficoltà sempre maggiori, mentre la seconda è in crescita. Nella corsa alla "virtù contabile" i nostri politici danno fiato alle trombe per esempio con il "Premio nazionale E.gov per l'informatizzazione" assegnato al Veneto con la seguente motivazione: "nel percorso di dematerializzazione della ricetta rossa, il Veneto ha fatto da apripista, e ha dato prova di eccellenti performance del progetto dimostrando efficienza interna e semplificazione".

*Bene, bravi, complimenti.*

*E i medici di famiglia e i pediatri di base che, assieme ai farmacisti, ci hanno messo tanto impegno e tanta pazienza perché questa novità trovasse applicazione? Niente, i "virtuosi" sono sempre gli altri.*

*Noi abbiamo solo speso denaro e tempo per adeguare i nostri programmi informatici, abbiamo modificato l'organizzazione dei nostri studi, istruito le nostre segretarie, modificato meccanismi già consolidati, abbiamo partecipato a mega riunioni con tecnici informatici, e ci siamo sobbarcati lo studio di complicati manuali per capirci qualcosa. Cosa pretendiamo, un grazie?*

*Deve bastarci assistere alle passerelle di politici e funzionari mentre si vantano che “noi veneti primi in Italia a partire con la ricetta elettronica”.*

*Troppo occupati a gonfiarsi davanti a tv e stampa, non si sono accorti che la “dematerializzazione” è rimasta... sulla carta.*

*Perché i farmacisti devono pure attaccare le fustelle da qualche parte e quindi ecco pronto il promemoria cartaceo! Insomma, la ricetta ha cambiato solo il colore, alla faccia della “grande rivoluzione” che, dicono, è appena iniziata. Chissà che cosa ci aspetta ancora.*

*Nell'attesa stiamo pronti con le mani*

*sul portafogli perché, con tutti questi “virtuosi” che ci ritroviamo, a pagare saremo ancora noi”.*

Certamente queste parole non valgono solo per i politici del Veneto. In fondo anche in altre occasioni, come ad esempio con la comunicazione delle spese sanitarie per il 730 semplificato, gli adempimenti per la digitalizzazione sono stati tranquillamente scaricati sui singoli medici da una parte e sugli Ordini per la fornitura delle credenziali del sistema TS dall'altra.

Lasciamo ad altri la ruota del pavone, ma un grazie ogni tanto non ci starebbe male.





## SULLA QUESTIONE MEDICA

*Prof Massimo Piccirilli  
Dipartimento di Medicina Sperimentale  
Università di Perugia*

Caro Tiziano  
ancora una volta le tue stimolanti provocazioni mi inducono ad abbandonare la naturale ritrosia, prendere la penna e inviarti qualche considerazione sulla cosiddetta questione medica. Ivan Cavicchi da decenni invita a “ripensare la medicina”, ovviamente inascoltato. Non sono quindi poche righe che possono permettere di affrontare problematiche di tale complessità. Mi permetto però di sottolineare un aspetto che, a differenza di altri già appropriatamente illustrati nel Bollettino, forse non riceve una sufficiente valorizzazione: l'accettazione (inerte) di una organizzazione sanitaria centrata sulla perizia tecnica.

Cerco di spiegarmi: il convincimento che l'atto medico sia riducibile ad un atto tecnico pervade ormai da tempo il mondo della sanità in tutte le sue componenti. Un esempio. Al paziente che giunge a visita per un dolore addominale, il medico risponde: “Le spiego. Ora è inutile (sic!) che io la visiti. Oggi la diagnostica è di tipo strumentale. Faccia un'ecografia.” Al paziente che giunge allo sportello CUP chiedendo: “Devo fare un'ecografia”, la risposta usuale può essere: “Il pri-

mo posto libero è a Spoleto” (si fa per dire).

Così medico e paziente sono accomunati nell'idea che ciò che conta è la prestazione, non chi la effettua. Un po' come quando si rompe il frigorifero ci si rivolge al centro di assistenza relativo. E' naturale che dal tecnico ci si aspetti solo che il frigorifero, una volta aggiustato, torni a funzionare, indipendentemente da chi abbia effettuato la riparazione.

A sua volta l'organizzazione sanitaria, con il sostegno implicito o esplicito sia degli operatori sanitari che dei pazienti, persegue con decisione un obiettivo molto chiaro: il paziente deve avere come riferimento non un medico ma una struttura sanitaria.

Spesso chiedo ai pazienti a chi si siano rivolti per eseguire un determinato esame. Resto ancora sconcertato – non riesco ad abituarli – quando non mi sanno rispondere.

Tra le mille altre conseguenze di una simile mentalità – che ragioni di spazio non consentono di approfondire – non secondario mi sembra questo doppio anonimato.

Può un anonimo immaginare di svolgere una posizione socioculturale “do-

minante”?

Nella stessa ottica il sistema sanitario trova modi sempre più raffinati di impedire il contatto medico-paziente. Domanda: “Quando posso venire a ritirare i risultati?”. Risposta: “Guardi, non c’è bisogno che venga; può consultarli on line.”

Viene sbandierato il modello bio-psico-sociale, che prevede un interessamento parallelo per la malattia (bio), il vissuto soggettivo del malato (psico) e le conseguenze della malattia sul suo mondo relazionale, familiare e non (sociale). Eppure la contraddizione tra il modello teorico e i dettami ed i regolamenti dell’organizzazione sanitaria appare eclatante. Imporre la dimissione più rapida possibile dopo un intervento (ad esempio dopo poche ore da una artroscopia di ginocchio) non è forse una dichiarazione esplicita di totale disinteresse per la componente emozionale, per il bagaglio di dubbi, preoccupazioni, paure (sue e dei suoi familiari) che lasceranno il paziente (cliente? utente?) in preda ad interpretazioni fantasiose e pessimistiche sul suo stato di salute?

All’origine della “disumanizzazione” (orribile ossimoro) della medicina viene solitamente additato l’avvento della tecnologia: l’era tecnologica sarebbe incompatibile con la relazione in ambito terapeutico o comunque la renderebbe superflua.

Ovviamente la colpa non è della tecnologia. I suoi meriti non sono in discussione ed è anzi auspicabile che continui a proporre soluzioni sempre più efficaci ai problemi di salute.

Ciò che non è auspicabile è che il riferimento del medico invece di essere il paziente sia la prestazione assicurata dalla macchina (intesa sia in senso fisico che metafisico) che assicura la diagnosi e la terapia.

Si tratta di aspetti di secondaria importanza? Forse. Ma certamente riflettono un atteggiamento (il medico è un tecnico a cui ci si rivolge come a qualunque altro tecnico per risolvere un qualunque altro problema) che rende l’operatore sanitario un dipendente da regole rigide che ne guidano il comportamento (le stesse linee guida da strumento prezioso per la professione divengono facilmente un manuale di prescrizioni, addirittura – ahimè! – in ambito giudiziario).

Scusa per l’esposizione un po’ confusa di una tematica così rilevante ma non credo che questo tipo di evoluzione dell’attività sanitaria sia inevitabile e la conseguenza dei tempi – come sento dire.

Certamente i tempi sono cambiati. E’ mutato profondamente il panorama sanitario. Giustamente i problemi di salute non sono più considerati competenza esclusiva degli operatori sanitari ma coinvolgono numerosi altri settori della società. Tra l’altro le patologie croniche, ormai prevalenti, richiederebbero la trasformazione del medico da colui che guarisce a colui che cura – passaggio assai più complesso di quanto si possa immaginare e probabilmente non del tutto ben accetto alla classe medica.

Il fatto è che, almeno a mio parere, in medicina la perizia tecnica è neces-

saria ma non è sufficiente. Ricordo le parole di Tolstoj sull'eterno bisogno umano di sollievo e di speranza che sta all'origine della medicina.

Ricordo il paradosso del medico malato, su cui pagine commoventi ma di invidiabile onestà intellettuale hanno lasciato il rimpianto Sandro Bartocci ed i suoi colleghi (Dall'altra parte. Rizzoli editore, 2006) e le cui tracce si intravedono anche nelle belle storie presentate nell'ultimo numero del Bollettino dall'amico Daniele Crotti che esce dall'ambulatorio "incerto e pensieroso come prima, non meno preoccupato e pieno di ma e di se".

Troppe altre considerazioni sarebbero necessarie, ma mi sembra errato sperare nel ruolo risolutivo di nuove

regole organizzative volte ad irreggimentare l'attività sanitaria. Un ruolo sociale significativo a mio parere può essere rivendicato solo rendendosi conto della necessità di contrastare il progressivo riduzionismo da medico a homo technicus, da decisore autonomo e responsabile ad esecutore di disposizioni.

Se non in grado di portare in primo piano il valore della componente relazionale e la soggettività di tutti e gli due attori in scena - medico e paziente -, qualunque proposta di soluzione alla questione medica rischia a mio parere di restare un tentativo velleitario, privo di reale efficacia e spesso controproducente.





## VA COME TI PORTA LA STRADA

*Dott. Marco Petrella*

La situazione tipica nella quale nasce questa battuta la conosciamo tutti: un forestiero chiede indicazioni ad un locale e questi risponde, basandosi sulla propria percezione di un percorso che conosce a memoria. Dopo poco il forestiero incontra un possibile bivio, o uno slargo che disorienta, o una mutazione nella strada che lo fa dubitare (la strada diventa un vicolo o un viadotto a quattro corsie) ... non la faccio lunga, avete capito tutti la situazione.

Ora che mi aggiro per percorsi e ambienti sanitari come utente, oramai in pensione, occupandomi dei miei acciacchi o per quelli dei miei cari, ho spesso visto nel modo di dare indicazioni delinearsi la stessa situazione sopra descritta. "Scenda giù dove sono gli ambulatori ...", "Chieda alla caposala ...", "Ma come, non ha con sé gli esami dell'altra volta?"

L'operatore sanitario all'interno della propria struttura o del proprio percorso diagnostico terapeutico può spesso percepire il tutto come chiaro e trasparente, soprattutto se ha visto crescere dimensioni e complessità nel tempo, adattandosi man mano. Ma chi ha di fronte, seppure potrebbe

avere in partenza un certo numero di informazioni, è spesso per definizione, in quel momento, più straniero a se stesso, ora che si è scoperto sofferente, debole, impaurito, spaesato.

A fronte di un evidente impegno comunicativo (siti web, numeri verdi, sportelli, volontari utilizzati nei punti più complessi), a volte è proprio il personale sanitario (e più si sale di grado peggio è) ad apparire meno coinvolto e formato in questa funzione di orientamento, che è invece sempre più essenziale per sostenere il paziente attraverso percorsi di cura spesso tortuosi, lunghi, a volte interminabili.





## DUE MEDICI CHIRURGI DI BEVAGNA

*Dottor Alfredo Properzi*

**È troppo naturale in ciascuno l'amore verso la Patria. Questo amore sì giusto, e sì naturale deve spronare ogni Cittadino a soccorrere la madre Patria in tutte le sue indigenze, a difenderla nei suoi pericoli, e nei suoi diritti; a procurarne i vantaggi, e gli avanzamenti, e finalmente ad esaltarla, abbellirla, e ad esporre al pubblico ogni suo pregio, ed ornamento. (Fabio Alberti).**

### GIUSEPPE CORRADI.

Nasce a Bevagna il 21 ottobre 1830, da Innocenzo Corradi che in quel periodo esercitava la chirurgia come condot-



to, proprio in questa città. Il padre Innocenzo vinse la condotta chirurgica di Bevagna nel 1829 e vi si stabilisce con la moglie Vincenza Moreschini, abitando in Palazzo Ciccoli ora Nalli-Frattolini).

Dopo aver compiuto gli studi di filosofia a Jesi e frequentato le scuole degli Scopoli a Firenze, studiò Medicina

nell'Università di Pisa e all'Istituto di Studi Superiori di Firenze. Manifestò fin da principio la sua passione per la Chirurgia, seguendo l'esempio del padre. Nel 1854 entrò nella Clinica Chirurgica di Firenze diretta da C. Burci che lo scelse quale allievo prediletto e gli affidò l'insegnamento di Medicina Operatoria e Patologia Chirurgica. In questi anni perfezionò le proprie capacità tecniche e si dedicò in particolare allo studio sugli organi genito urinari. Nel 1869 a Parigi l'Académie Imperiale de Médecine gli attribuì l'ambito premio d'Argenteuil per un lavoro sui restringimenti d'uretra. Nel 1870 vinse il Primo Premio al Concorso Riberi indetto dalla R. Accademia di Medicina di Torino, presentando un trattato sulle malattie degli organi genito urinari. Nell'ottobre del 1870 fu chiamato a fondare e a dirigere a Roma la Clinica Chirurgica di cui gli fu riconsegnata la Cattedra di professore ordinario nel 1873. Contemporaneamente aveva vinto anche il concorso per la cattedra di Firenze e, con una decisione mediata anche da alcune sventure familiari, volle tornare alla Clinica dove aveva svolto le prime tappe della sua carriera. Prima di tornare a Firenze, in perfetto accordo con lo spirito che animò tutta la sua opera di chirurgo

moderno, progressista e innovatore, ma anche di attento osservatore delle altrui esperienze, si recò a Vienna e a Berlino per frequentare le cliniche dirette da Billroth e da Langenbeck. Nel 1874, dopo tanti anni di esperienza in chirurgia urologica, pubblicò il primo volume del "Trattato sulle malattie degli organi urinari". Nel 1884 comparve sulla rivista medica "Lo sperimentale" la sua dotta monografia "Sui progressi della Litotripsia". Nel 1882 fu uno dei 7 fondatori della Società Italiana di Chirurgia. L'opera scientifica del Corradi fu attiva e gloriosa perché si devono a lui lavori pregevolissimi e la modifica e realizzazione di nuovi strumenti atti a migliorare continuamente la tecnica chirurgica. Scrisse molto sui restringimenti uretrali e fece costruire un uretrotomo dilatatore con pregi incontrastabili e molteplici; a lui si deve la cura degli angiomi con la compressione e la galvanocaustica; fu l'iniziatore dell'asepsi facendo costruire delle cassette di rame, dentro cui depositava il necessario per le medicazioni, le quali messe in stufe apposite, le portava ad alta temperatura; propugnò quale metodo di cura dei calcoli, la litotrisia rapida facendo costruire apparecchi appositi, fra i quali una comune siringa metallica a becco, che poteva diventare eretta, ben fenestrata, da poter permettere il passaggio anche di grossi calcoli.

Dopo la perdita della moglie avvenuta nel 1887, ridusse le proprie attività, finché nel 1893 affidò al suo allievo Colzi la gestione dell'Istituto, lasciando definitivamente la Direzione nel 1897 e divenendo professore emerito.

Si spense a Firenze il 9 maggio 1907 dopo anni di gravi infermità

Nel 1889, a Bevagna, fu fondata su iniziativa del prof. Andrea Trenti e del dott. Leonello Petasecca Donati, chirurgo bevanate, l'associazione "Giuseppe Corradi" che di anno in anno ha conferito premi a medici e scienziati di indubbio valore, creando un appuntamento importante sul piano nazionale e internazionale.

Nel 1990 l'Amministrazione di Bevagna fece apporre nella casa natale del Corradi una lapide con su scritto: A Giuseppe Corradi, insigne scienziato, fondatore della Società Italiana di Chirurgia, primo clinico chirurgo di Roma Italiana, ad eterno ricordo, i cittadini posero. Bevagna 8 maggio 1990.

### **DOMENICO BERTINI**

Nato a Bevagna il 24 febbraio 1924, da Leonardo e Domenica.



Laureatosi a Perugia all'inizio degli anni Cinquanta, entrò a far parte dell'Istituto di Patologia Chirurgica di quell'Università, diretto da Luigi Tonelli che seguì poi a Pisa e a Firenze. Sotto la

guida del maestro fu rapida la sua formazione culturale e professionale, dotato di grande capacità lavorativa e di una propensione alla chirurgia, tanto da rendere semplici gli interventi più complessi. All'inizio degli anni Settanta, quando ancora erano rari in Italia gli interventi di chirurgia vascolare arteriosa ricostruttiva e si erano appena

formate le scuole di chirurgia vascolare milanese, con Edmondo Malan, e romana, con Paride Stefanini, Luigi Tonelli volle che anche Firenze avesse un centro universitario dedicato a tale specialità. Iniziò così l'attività di Domenico Bertini come chirurgo vascolare, dapprima accanto al maestro, poi autonomamente con sempre maggior fervore ed entusiasmo. Nel 1971 gli venne conferito l'incarico dell'insegnamento di Chirurgia vascolare il 1 novembre 1975 fu nominato professore straordinario e poi ordinario di questa disciplina nell'Ateneo fiorentino, posizione che mantenne fino al suo collocamento fuori ruolo nel 1996. Nel 1980 fondò anche la Scuola di specializzazione in Chirurgia vascolare. A partire da quegli anni ebbero inizio gli interventi di chirurgia dei tronchi sopraortici e furono messe a punto le tecniche di monitoraggio dell'attività cerebrale durante i clampaggi mediante lo studio dei potenziali evocati. Tale approccio rappresentò una razionale metodica per una chirurgia sempre più scevra da complicanze. Altrettanto importante fu la semplificazione degli interventi sull'aorta addominale, i cui tempi operatori sotto le sue mani esperte e sicure si accorciarono significativamente. Raggiunse un ruolo di primissimo piano a livello toscano e nazionale grazie agli ottimi risultati dell'impressionante numero di interventi che lui e la sua scuola hanno eseguito: più di 7000 disostruzioni

carotidee e oltre 6000 rivascolarizzazioni aortoiliache, per patologia aneurismatica ed obliterante.

Morto a Firenze il 4 giugno 1997 e sepolto nella sua Bevagna.

I modi gentili e l'atteggiamento umile esaltavano ancor di più le sue grandi doti umane e chirurgiche.

Pur vivendo a Firenze le visite e le soste nella sua Bevagna erano frequenti. Aveva un ambulatorio in cui, insieme alla moglie, pediatra, ha visitato quasi tutti i bevenati. Molti bevenati si recavano, invece, a Firenze accompagnati dal tassista Brandi Luigi.

Nel 1989 è stato premiato dall'Associazione "Giuseppe Corradi" appena sorta a Bevagna e che negli anni ha conferito premi a medici e scienziati di indubbio valore.

L'Università di Firenze ha istituito, per commemorare la sua figura, il Premio di laurea "Prof. Domenico Bertini" attribuito alla miglior tesi di specializzazione in Chirurgia vascolare.

L'Amministrazione Comunale di Bevagna gli ha intitolato una via del paese.



### **Riferimenti bibliografici**

Andrea Trenti, Leonello Petasecca Donati. *Giuseppe Corradi. Il clinico chirurgo di Roma*  
Giovanni Spampatti. *Giuseppe Corradi ed il suo contributo alla chirurgia delle vie urinarie.*  
Carlo Pratesi. *Domenico Bertini. La razionalizzazione della Chirurgia vascolare*





**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**

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

Perugia, li 3 novembre 2016

Prot. 4058

Rif. N.

Allegati

del

**A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE  
PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGI 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 18 DICEMBRE 2016 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE***

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

#### ***ORDINE DEL GIORNO:***

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2015, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2016, Approvazione Bilancio Preventivo 2017 - 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 "Fabio Giaino".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

I L 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 \_\_\_\_\_

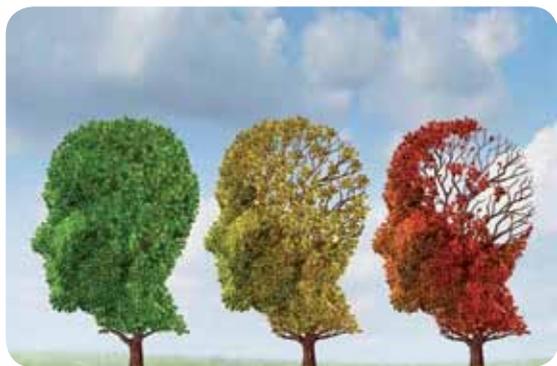
**A RAPPRESENTARLO/LA ALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEGLI  
ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_







## ETÀ GERIATRICA: INVECCHIAMENTO CEREBRALE E QUALITÀ DELLA VITA

Fabrizio Poeta, Servizio di Cardiologia Diagnostica e Riabilitativa Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

L'invecchiamento è un processo che comporta modificazioni biologiche graduali e progressive, con ripercussioni sul fisico e sulla sfera psichica. È impossibile stabilire una norma per definire l'età anziana, poiché il concetto stesso di vecchiaia assume di volta in volta connotazioni diverse secondo differenti criteri: cronologici, medici, psicologici, soggettivi, culturali e sociali. In ambito medico-geriatrico, si parla di senescenza come ultima fase del "processo biologico dell'invecchiamento" e coincide con fragilità e decadimento fisico e psichico. Si inizia a parlare di età anziana intorno ai 65 anni. La Scuola Geriatrica anglosassone distingue gli anziani in: giovani anziani (dai 65 ai 74 anni), anziani (dai 75 agli 84 anni) e grandi vecchi (oltre gli 85 anni). L'invecchiamento come *maturazione o accrescimento o invecchiamento primario*, viene visto come l'insieme delle modificazioni intrinseche del processo dell'invecchiamento stesso. Sono cambiamenti legati all'età inevitabili e generalmente irreversibili che comportano, ad esempio, il rallentamento motorio, la diminuzione della vista, una minore resistenza agli agenti infettivi, ma che garantiscono co-

munque una sostanziale stabilità della personalità. L'invecchiamento come *senescenza o invecchiamento secondario* è il processo attraverso cui l'individuo diminuisce quantitativamente le proprie strutture e perde progressivamente le proprie funzioni. È relativo alla combinazione dell'età più alcune patologie intercorrenti che possono, diversamente dall'invecchiamento primario, essere curate con successo o almeno rallentate nei loro effetti negativi. Se è vero che le condizioni fisiche determinate dall'invecchiamento sono difficilmente controllabili, anche perché influenzate dai fattori genetici e dallo stile di vita, il controllo e l'attenzione alla sfera psicologica può essere un'ottima modalità per ringiovanire almeno mentalmente. L'invecchiamento, quindi, può avere due aspetti:

- 1. Invecchiamento fisico**, nel quale biologicamente si assiste ad una generale riduzione del numero delle cellule (atrofia) e ad una diminuzione dell'efficienza funzionale, accompagnata da modificazioni organiche.
- 2. Invecchiamento psichico**, che non può prescindere dalla personali-

tà e dalle esperienze, nel quale la vecchiaia rappresenta la sintesi del significato dell'esistenza. Al fine di prevenire l'invecchiamento psichico assumono una grande importanza i fattori sociali: motivazione, affetti, comunicazione, percezione intesa come raccolta di informazioni attraverso i canali sensoriali, volontà di vivere, creatività e esercizio sessuale.

Il concetto di **cambiamento** indica sia il declino che lo sviluppo: l'individuo può via via diventare biologicamente più vulnerabile e fragile fino a morire, ma contemporaneamente può maturare in sapienza e in esperienza, quindi in saggezza.

La velocità del processo dell'invecchiamento è legata a tre fattori: fattori genetici (la "programmazione" insita nelle nostre cellule), fattori ambientali (lavoro fisico, alimentazione, clima, esposizione a sostanze tossiche, stress, ecc.) e fattori psicologici. La velocità dell'invecchiamento è quindi variabile da soggetto a soggetto e in ognuno di noi è possibile individuare tre tipi di età: l'**età cronologica** o età anagrafica, l'**età biologica** o età del corpo e l'**età psicologica** o età che si percepisce di avere. La prima è quella certa, ma l'età biologica è quella che delle tre è più attendibile e l'età psicologica può influenzare molto l'età biologica. L'influenza genetica è la principale causa responsabile delle differenze nell'invecchiamento e nel deterioramento cognitivo. I cambiamenti cognitivi osservati nell'anziano, sono

accompagnati da modificazioni **organiche** e **funzionali**: Riduzione volumetrica e di peso (circa 15%) del cervello

- Aumento della profondità dei solchi cerebrali, incremento del liquido cefalorachidiano e dilatazione dei ventricoli cerebrali laterali e del terzo ventricolo.
- Perdita di neuroni in vari strati della corteccia, diminuzione delle arborizzazioni dendritiche e della sostanza bianca.
- Riduzione dei neurotrasmettitori, in particolare dopamina e acetilcolina.
- Difficoltà nell'apprendere nuove informazioni, ma buona capacità di memoria remota.
- Riduzione dei processi attentivi e della memoria a breve termine.

Ogni individuo ha un suo vissuto, una sua storia che determina necessariamente il suo peculiare modo di vivere la terza età. Un passaggio fondamentale come ad esempio il pensionamento, se visto come isolamento si trasforma in delusione, solitudine e depressione; se visto invece come libertà, porta a impegnarsi nell'ambiente familiare e nel sociale, quindi attività, gratificazione e realizzazione. Si può trovare un modo per affrontare adeguatamente questa fase evolutiva mantenendo una **positiva percezione di sé**. Questo è possibile dedicando cura e attenzione a tre aspetti particolarmente importanti per vivere con soddisfazione e benessere la propria età: **alimentazione, attività fisica** e



**salute mentale.** L'età matura deve essere quindi un obiettivo da raggiungere, di realizzazione personale e non di declino.

Alcuni ricercatori americani dell'Albert Einstein College of Medicine di New York hanno seguito 488 anziani per 5 anni, valutando le loro abitudini di vita: dall'analisi è emerso che chi si dedicava alla lettura, ai giochi delle carte, ai cruciverba e ad altri esercizi di memoria, allontanava l'insorgere della demenza e riusciva a recuperare alcuni ricordi dimenticati. Lo studio americano ha pertanto confermato che un cervello attivo si mantiene più sano nel tempo. Altri studi epidemiologici indicano che andare in quiescenza lavorativa più tardi allontana il rischio di Alzheimer e di altre demenze. Lo ha scoperto uno studio osservazionale del King's College di Londra, dove sono stati seguiti longitudinalmente 1320 pazienti. Gli studiosi inglesi, che hanno pubblicato

il loro lavoro sul "Journal of Geriatric Psychiatry", hanno potuto constatare come coloro che avevano abbandonato più tardi l'attività lavorativa si sono ammalati di Alzheimer molto tempo dopo rispetto a quelli che erano andati prima in pensione. I ricercatori hanno attribuito questo effetto protettivo del lavoro verso le demenze, agli stimoli che il cervello continua a ricevere nel tempo dallo svolgimento delle attività quotidiane: pensare, riflettere, agire, coordinare, rafforzerebbero infatti le connessioni neuronali. Si manterrebbe così una buona riserva cognitiva per più tempo, se si usa il cervello per più anni. Gli stessi ricercatori si sono resi conto che chi aveva un grado di istruzione maggiore o un'attività occupazionale più elevata e intellettualmente più intensa, manifestava i sintomi dell'Alzheimer più tardi rispetto agli altri. A causa dell'intensa attività intellettuale, infatti, il cervello aveva svilup-

pato più sinapsi.

È opportuno avere una **diversa visione dell'invecchiamento** che riconosce nell'anziano una potenziale risorsa e non solo il destinatario di un intervento assistenziale, dal momento che dispone di **abilità fisiche e intellettuali** da salvaguardare e valorizzare, che dipendono da un adeguato livello di qualità della vita. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato il concetto di **"invecchiamento attivo" (active ageing)** inteso come un processo, applicabile sia a livello individuale che a livello collettivo (invecchiamento attivo di massa), finalizzato alla massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, culturali, spirituali, sociali ed economiche degli anziani. L'invecchiamento attivo è il dispiegarsi della relazionalità diffusa che occupa il tempo liberato dalle attività dell'età adulta e che si intreccia strettamente con il nuovo insieme di attività e impegni che la persona intraprende. Questo significa riprogettare la propria esistenza negli anni del post-lavoro, ripensare il proprio tempo libero in modo che non diventi tempo inutile e che l'affrancamento dagli obblighi lavorativi non si traduca nella schiavitù del vuoto. La **longevità attiva** consiste nel praticare attività nuove, diverse, scoprire potenzialità individuali trascurate perché obbligati ad occuparsi d'altro. L'invecchiamento attivo si riferisce al mantenimento di un ruolo partecipativo nella società, a livello sociale e culturale. Si può fare un passo ulteriore e favorire un processo di **"invecchiamento creativo"**

**(creative ageing)** nel quale la longevità assuma contorni più innovativi, sia dal punto di vista individuale che collettivo. La creatività va intesa come un processo dinamico. In altre parole, la creatività presente nell'età evolutiva e adulta non è destinata a scomparire con la senilità, ma può raggiungere nuovi traguardi proprio per il fatto di sottrarsi ai vincoli e ai condizionamenti socio-culturali che l'avevano precedentemente influenzata. È creativo chi possiede doti immaginative, capacità di elaborare gli elementi con cui ha a che fare, apertura all'esperienza e capacità di esprimere la propria interiorità. Accanto ai **requisiti interiori** l'invecchiamento creativo necessita anche di **"luoghi creativi"**, cioè luoghi che consentano agli anziani di sviluppare la loro creatività, che li stimolino a trovare soluzioni alle loro nuove esigenze. Questi luoghi non vanno intesi solo in senso fisico, ma devono essere pensati anche in termini immateriali e sono costituiti da opportunità, sperimentazioni, stili di vita, sono "luoghi mentali": solo così possono essere veri e propri "incubatori di creatività", in particolare di **longevità creativa**. Si tratta di "luoghi antropologici" nei quali la creatività si configura come una dimensione della vita dell'anziano, consentendone una presenza ancora dinamica nella società. In questo modo egli potrà essere **protagonista di una nuova fase della propria esistenza**, proiettata anche in ambiti nei quali aveva acquisito meno esperienza nel corso della vita: ad esempio la

scrittura, la comunicazione, le attività artistiche, sportive, di volontariato sociale ecc., tutte occasioni di feconda relazionalità umana.

È opportuno fare alcune considerazioni sul **rapporto tra longevità e qualità della vita**. L'età media di sopravvivenza indica quanto una certa popolazione vive, ma non dà alcuna informazione sulle sue condizioni di vita. Per verificare l'equazione società longeva uguale società con maggiore benessere, bisogna indagare meglio i confini della longevità qualitativa. Alcuni **predittori positivi di sana longevità** sono quelli di tipo demografico, socio-economico e culturale. In particolare,

il genere maschile che rispetto a quello femminile ha un livello di longevità quantitativa peggiore, ma qualitativa migliore. Tra i vari fattori si rileva anche una **correlazione positiva tra classe sociale e livello di salute dell'anziano**. Infatti gli appartenenti a una classe sociale medio-alta, presentano un livello di qualità di vita e di longevità superiore a quello degli anziani appartenenti alle classi più disagiate. Oltre alla classe sociale, in una prospettiva di invecchiamento attivo, si riscontra anche come un **livello superiore di integrazione sociale e culturale** abbia un effetto positivo sulla qualità della longevità.



---

### Riferimenti bibliografici

1. Fondazione ISTUD, "Un percorso di anima e di cura per una verde vecchiaia", I° Project Work, (2011)
2. Bresolin F., Minello A., Gallucci M., "Sviluppo, qualità della vita e longevità creativa", in Aggiornamenti Sociali, 2 (2007) 119-128



## CHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANSANALE

Dott. Marcello Paci

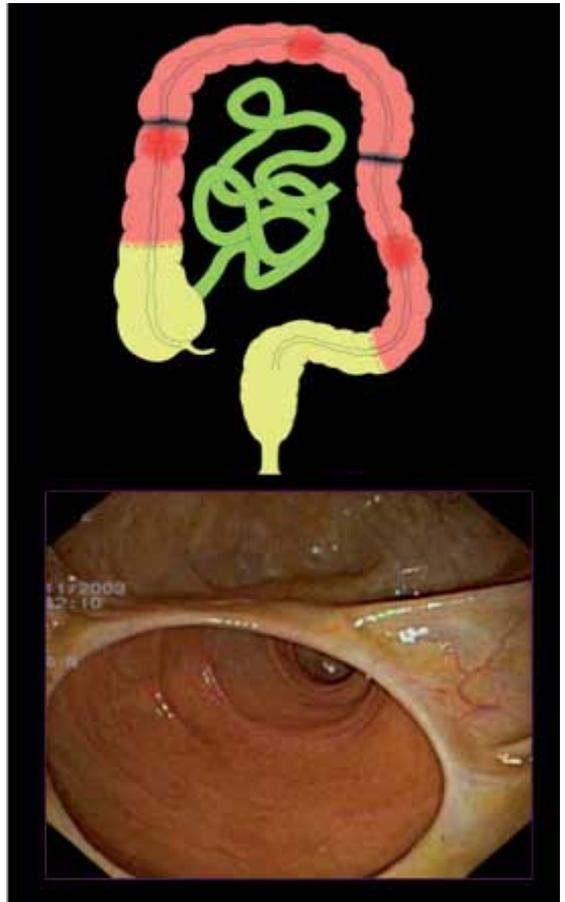
La chirurgia transanale (TEM, *Transanal Endoscopic Microsurgery*) rappresenta un classico esempio di come le tecniche endoscopiche possano essere attuate all'interno di organi cavi con l'intento, in casi selezionati, di evitare interventi altamente demolitivi, come per esempio un'amputazione di retto per via addominoperineale con confezionamento di colostomia terminale.

Questo tipo di intervento trova indicazione in tumori benigni villosi sessili con displasia da severa a grave, in calcinomi allo stadio T1 con intento curativo ed allo stadio T3 con intento palliativo in pazienti che non possono affrontare un intervento chirurgico demolitivo per controindicazioni di carattere generale anestesilogico e qualora il tumore sia stenosante o sanguinante.

L'esperienza condotta in questi anni presso i centri che si dedicano a tale metodica ha permesso di allargare le indicazioni dell'intervento a carcinomi in stadio più avanzato dopo trattamento radio-chemioterapico preoperatorio che realizzi una riduzione della lesione neoplastica (downstaging). Questo approccio consente di trattare oltre i tumori T1 anche i tumori T2 con

intento curativo.

L'accurata selezione dei pazienti da sottoporre a questo tipo di trattamento è essenziale: l'esplorazione digitale (che permette di apprezzare la sede e la mobilità della lesione), la rettoscopia



pia con strumento rigido (distanza della lesione dalla rima anale, biopsie multiple), l'ecografia endorettale e la TC della regione perirettale (grado e profondità di infiltrazione nelle pareti del retto, infiltrazione del grasso perirettale e presenza di linfonodi patologici) sono gli esami diagnostici necessari ad una accurata stadiazione della malattia e quindi alla valutazione della fattibilità della TEM.

Sono aggredibili con la TEM lesioni del retto extraperitoneale situate entro i 15 cm di distanza dalla rima anale, che non occupino più dei 2/3 della circonferenza del viscerale (Tab. 5.3).

■ In anestesia generale, il paziente viene posizionato a seconda della sede della lesione in modo che la stessa giaccia su di un piano inferiore rispetto alla posizione dell'operatore. Viene introdotto nel retto un apposito rettoscopio operatore del diametro di 40 mm, a tenuta stagna, per poter mantenere una distensione del retto tramite

CO<sub>2</sub> a bassa pressione. Al suo interno è presente un'ottica stereoscopica collegata ad una fonte luminosa ed ad una telecamera che permette la visione sul monitor esterno. È possibile inserire sino a 4 strumenti operatori tramite delle valvole a tenuta (Fig. 5.36). L'operatore esegue l'intervento di resezione con l'elettrobisturi scollando i piani sottomucosi e muscolari (Fig. 5.37) con l'elettrobisturi, mentre un secondo operatore provvede all'aspirazione del sangue e al lavaggio del campo operatorio. Terminata la resezione è possibile eseguire la sutura diretta del margine mucoso onde prevenire una possibile emorragia o la comparsa di stenosi secondaria ad una guarigione per seconda intenzione. La ristrettezza del campo operatorio e lo stretto angolo di movimento degli strumenti rendono necessaria una certa destrezza ed esperienza per eseguire gli interventi più complessi.

Tab. 5.3. Indicazioni alla chirurgia endoscopica transanale.

- Resezione di adenomi villosi
- Resezioni di carcinomi rettali allo stadio T1 e T2
- Resezioni palliative di carcinomi rettali allo stadio T3
- Asportazione di ulcera solitaria del retto
- Rettopessia per prolasso



*Fig. 5.36. Rettoscopio operatore posizionato per chirurgia endoscopica transanale: il rettoscopio è mantenuto in sede per mezzo di un braccio snodato; l'ottica a visione diretta binoculare per l'operatore è posizionata all'interno dello strumento e collegata ad una microtelecamera e al cavo di illuminazione.*



*Fig. 5.37. Chirurgia endoscopica transanale: il bisturi elettrico (visibile in basso a destra) esegue il mappaggio sulla mucosa rettale dell'area da resecare in caso di adenoma villosa.*

Il decorso operatorio è generalmente rapido e ben tollerato se si esclude una possibile transitoria difficoltà minzio-

nale e di incontinenza fecale, peraltro completamente reversibile, legata alle dimensioni del rettoscopio operatore.



## FONDAZIONE ANT

Nei primi mesi del 2016, Fondazione ANT ha avviato anche in Umbria la propria attività medica di assistenza specialistica gratuita a casa dei malati di tumore. Da Bologna, dove è nata nel 1978 per volere dell'oncologo Franco Pannuti, ANT ha ampliato il proprio raggio di azione anno dopo anno, fino a raggiungere oggi - con l'attivazione in Umbria - 10 regioni italiane e dando assistenza complessivamente a oltre 10 mila persone ogni anno in tutta Italia. A ispirare l'operato della Fondazione è l'Eubiosia, ossia il diritto a una vita in dignità sempre, anche nel difficile momento della malattia.

In Umbria Fondazione ANT è attiva dal 2011 con una Delegazione a Perugia, nata proprio con l'obiettivo di raccogliere sul territorio fondi sufficienti a rendere possibile l'attivazione del servizio gratuito di assistenza domiciliare rivolto ai malati oncologici in ogni fase della malattia. Quello che cinque anni fa era poco più di un sogno, si è trasformato in realtà grazie all'impegno della Delegazione che ha saputo creare rete sul territorio, coinvolgere sin-

goli donatori e aziende e rendere così possibile sostenere un'équipe multi-professionale adeguatamente formata composta da un medico, un infermiere e un nutrizionista.

Lo staff sanitario replica nelle zone di Perugia, Bastia Umbra, Assisi, Corciano, Deruta, Torgiano e Foligno il modello di assistenza domiciliare ANT, costruito con molta cura su ciascuna persona, evitando per quanto possibile la generalizzazione dell'intervento: viene garantito sostegno sanitario (terapie di supporto, infusionali endovena o sottocutanee), gestione della nutrizione parenterale ed enterale, paracentesi, gestione ossigenoterapia, terapia del dolore, cure palliative; visite infermieristiche con esecuzione di prelievi ematici e di liquidi biologici, medicazioni semplici e complesse (ferite, lesioni da pressione, ulcere neoplastiche, vascolari, post-attiniche) gestione di ausili (CVC, Port a cath, PICC, catetere vescicale, stomie, pompe), gestione dell'alvo, educazione del caregiver.

Parallelamente all'avvio dell'assistenza, proseguiranno i progetti gratuiti di prevenzione oncologica che Fondazione ANT porta avanti in Umbria come nelle altre regioni italiane. Dall'ottobre 2011 sono state erogate dagli specialisti ANT, in regione, oltre 3.000 visite dermatologiche gratuite nell'ambito del Progetto Melanoma volto alla diagnosi precoce dei tumori della pelle. A partire dal 2015 è stato inoltre attivato a Perugia il Progetto Nutrizione che consiste in consulenze nutrizionali gratuite aperte a tutti e incontri di educazione alimentare nelle scuole.

Le attività di Fondazione ANT sono rese possibili da donazioni di privati cittadini e contributi economici, di beni o servizi da parte di grandi Aziende presenti sul territorio regionale. Si ringrazia in modo particolare Umbra

Cuscinetti e la Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia per l'importante sostegno che ha reso possibile l'avvio dell'équipe medica.

Di fondamentale importanza per le attività di ANT è inoltre il lavoro dei tantissimi Volontari che, opportunamente guidati e indirizzati, offrono il loro tempo e la loro professionalità per consentire una costante crescita della Fondazione in Umbria, organizzando manifestazioni ed eventi di raccolta fondi.

La sede di ANT a Perugia è in via dei Filosofi 74. L'ufficio Accoglienza per attivare l'assistenza è aperto dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00. Per informazioni: 347 4423135 - delegazione.umbria@ant.it. - Dottoressa Valentina Radicchia 3461277289





## AMALGAMA DENTALE, ANDI SCRIVE AI MINISTRI COMPETENTI, “RISCHIOSO VIETARNE L’UTILIZZO”

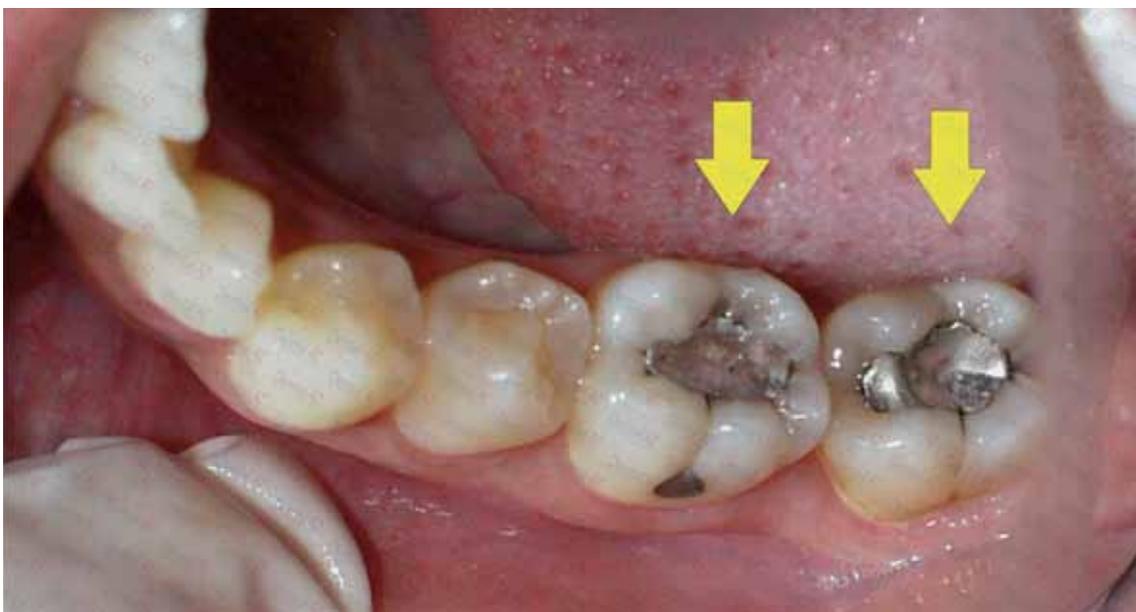
**Nel 2023 l’amalgama dentale dovrebbe essere gradualmente eliminata.** E’ quanto vorrebbe la **Commissione ambiente del Parlamento Europeo che sta completando il percorso di attuazione della Convenzione di Minamata** che punta ad eliminare l’utilizzo del mercurio.

In questi mesi il CED a livello europeo si sta confrontando con le Istituzioni europee che stanno lavorando alla stesura della norma per scendere ad un compromesso che permetta di ridurre l’utilizzo dell’amalgama dentale

per una serie di soggetti ma che non porti al suo completo divieto di utilizzo.

Per sostenere questa posizione e sensibilizzare gli Stati membri, che dovranno poi ratificare la norma, **ANDI (membro del CED) ha inviato una nota** al Ministro della Salute On. **Beatrice Lorenzin** ed al Ministro dell’Ambiente On. **Gian Luca Galletti**.

Ricordano come l’amalgama dentale, pur essendo un materiale sempre meno utilizzato, sia ancora un presidio importante e difficilmente sostituibile



per alcune terapie, ANDI ha evidenziato come non sarebbe sostenibile una eliminazione completa o un divieto all'uso dell'amalgama.

*“Un adeguato materiale sostitutivo per l'amalgama dentale ancora non esiste”, scrive ANDI ai Ministri. “I ricercatori stanno lavorando a tale scopo ma questo è, per sua natura, un processo lento, che deve essere testato nel corso di molti anni. I materiali alternativi attuali (resine composite) mostrano svantaggi significativi in alcune situazioni in cui l'amalgama dentale può invece garantire la salute orale”.*

Ma non è solo un problema di materiale. ANDI evidenzia che **la messa al bando dell'amalgama dentale innescerebbe sul paziente l'assonanza amalgama uguale pericolo** che lo porterebbe a chiedere la rimozione delle otturazioni effettuate con quel materiale. Se la comunità scientifica ha ampiamente dimostrato come la presenza di amalgama dentale nel cavo orale non sia pericolosa al contrario la sua rimozione mette a rischio gli operatori

ma anche l'ambiente. Peraltro, ricorda ANDI, la normativa contro il mercurio punta a limitarne proprio lo smaltimento nell'ambiente.

L'impatto più significativo sulla tutela ambientale, ricorda ANDI ai Ministri, sarebbe quello di eliminare la patologia dentale e di conseguenza la necessità di otturazioni dentali. La carie è del tutto evitabile con progetti di prevenzione, anche se ciò richiede notevoli investimenti e impegni da tutte le parti interessate.

*“Il risultato sarebbe un grande miglioramento nella qualità della vita di tutte le comunità, nei benefici socio-economici e nella protezione dell'ambiente dalle interazioni dentali”*, scrive il Presidente ANDI **Gianfranco Prada**.

Ma non solo, il Presidente Prada evidenzia come gli obblighi che verrebbero imposti, come ad esempio dotarsi di separatori di amalgama per ogni riunito, necessiterebbero di tempi di attuazione e costi ulteriori per gli studi esistenti.



#### ORARIO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

Lunedì - Mercoledì - Venerdì :	10.00 / 16.00
Martedì - Giovedì :	09.30 / 13.30
Sabato:	09.00 / 12.00



## L'UMBRIA NON DIMENTICA!

Tutti gli umbri ricordano bene i tantissimi slanci di solidarietà, venuti da ogni parte d'Italia, per il terremoto del '97.

Per questo, la sezione provinciale di Perugia dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani non ha avuto la minima esitazione nel deliberare all'unanimità, col pieno sostegno degli iscritti, un intervento in favore delle popolazioni colpite dal recente sisma di agosto.

In tempi rapidissimi, quindi, una delegazione ANDI Pg ha consegnato la somma prevista direttamente nelle mani del collega ANDI, dott. Paolo BIZZONI di Amatrice, il quale ha avuto casa e studio totalmente distrutti. Tale aiuto servirà, una volta che ENPAM e Fondazione ANDI Onlus avranno sostenuto la ripresa della sua attività, all'**effettuazione di prestazioni a tariffe totalmente agevolate sulla popolazione terremotata bisognosa.**

Significativo il racconto del collega, il quale, uscito miracolosamente vivo, insieme con moglie e figli, dal crollo dell'edificio, in mezzo a scosse, macerie, polvere, urla e gemiti, si è messo subito a cercare di estrarre con le sole mani le persone, per poi garantire loro un primo intervento

medico, pur con i pochissimi mezzi a disposizione.

Nella foto, a Rieti, da sin: Maurizio Caponi (Andi PG), Antonio Montanari (Presidente ANDI Pg), Paolo Bizzoni di Amatrice, Michele Abbattista (Presidente ANDI Rieti).



*Mentre stavo per inviare l'articolo al Direttore, l'amico dott. Tiziano Scarpioni, è sopraggiunta la nuova violentissima scossa del 30 Ottobre. ANDI Perugia ha subito iniziato a monitorare la situazione, in particolare della Valnerina e, in caso di situazioni di emergenza, non mancherà di portare un aiuto concreto ai propri iscritti.*

