



Bollettino

04-2015
01-2016

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 04/2015 - 01/2016



Gubbio, Centro storico, particolare

i n d i c e

I MEDICI ITALIANI SONO : STORIE DI VITA II
ALLO SBANDO!...

pag 3:

I MARKERS IN
ONCOLOGIA

pag 13:

RELAZIONE
DEL TESORIERE

pag 17:

LA RELAZIONE
DEL PRESIDENTE

pag 26:

pag 32

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 04/2015 - 01/2016

Sommario

I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO!... I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO?	3
ASSISTENZA SANITARIA ALLA POPOLAZIONE CHE SI RIVOLGE PER ESIGENZE DI ORDINE MEDICO ALLA CARITAS DIOCESANA DI PERUGIA	6
L'IPERVENTILAZIONE... UNA SINDROME DIMENTICATA	10
STORIE DI VITA II	12
I MARKERS IN ONCOLOGIA: UNA FALSA SCORCIAIOIA PERLA SCOPERTA DEL CANCRO	17
IL SEGRETO DELLA CRIPTA MESSAPICA ROMANZO STORICO DI PIETRO FRANCESCO MATINO	22
LETTERA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI DI FAMIGLIA VOLONTARI PER LE EMERGENZE	23
URGENZA DIFFERIBILE	24
RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2014, ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2015, BILANCIO PREVENTIVO 2016	26
CRONACA DELL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE 2015 E RELAZIONE DEL PRESIDENTE	32
LA CONSEGNA DELLE MEDAGLIE 50 ANNI DI LAUREA	39
LA CONSEGNA DEI PREMI DI LAUREA INTITOLATI ALLA MEMORIA DEL DOTT. DOMENICO TAZZA	43
LA CONSEGNA DEI PREMI DI LAUREA INTITOLATI ALLA MEMORIA DEL DOTT. LUIGI BALDUCCI	45
SCANDALOTANGENTI SULL'ODONTOIATRIAPUBBLICAIN LOMBARDIA ED ARRESTO DEL GRUPPO DIRIGENTE VITALDENT IN SPAGNA. PRADA: APPROVATE LE NUOVE REGOLE RICHIESTE DA ANDI	46
VICENDA VITALDENT IN SPAGNA. È A RISCHIO ANCHE LA SALUTE DEI PAZIENTI CURATI IN ITALIA?	47

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



I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO!... I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO?

Dottor Tiziano Scarponi

Scusate la modalità forse un po' strana del titolo, ma l'obiettivo di questo editoriale è quello di stimolare qualche riflessione in modo che alla fine ognuno possa concludere questa proposizione "i medici italiani sono allo sbando" con il punto esclamativo o con quello interrogativo.

Questa, per lei, affermazione è stata fatta dalla senatrice del Partito Democratico Annalisa Silvestro ex presidente nazionale degli Infermieri d'Italia nel corso di un incontro-dibattito organizzato dai Collegi infermieristici di Matera e Salerno e riportata in un video che è diventato virale nei gruppi *social* frequentati dai medici. La Silvestro contestualizza questa sua affermazione con il fatto che noi *"non riusciamo più a trovare l'elemento su cui avere una posizione culturalmente dominante"*, e, fino qui potremmo stare anche in silenzio: non è detto che la logica del dominio in senso stretto ci possa o debba interessare, ma il problema è che la stessa tenta di far passare il concetto che oramai non abbiamo più **nessuna** posizione culturale. Senza mete ed orizzonti, senza ideologia e politica professionale, senza più consensi né fra la gente né fra i politici e per questo saremo sopraffatti da una categoria numericamente maggiore, la sola poi in grado di garantire la vera

continuità assistenziale. Mi pare giusto riferire anche che, come indicatore di tutto ciò, usi la scarsa adesione e l'assoluta assenza di risonanza mediatica dei nostri scioperi e in particolare dell'ultimo del 16 dicembre u.s. organizzato dall'intersindacale medica: "Non se ne è accorto nessuno".

Ritengo anche doveroso riportare come sempre la stessa Senatrice sia al centro di circostanziati attacchi sui suoi presunti conflitti d'interessi in merito agli emolumenti che percepisce, in virtù di una sua partecipazione diretta ad una società assicurativa che gestisce polizze professionali per infermieri, ma questo è un problema suo.

Ben più contestualizzate, senz'altro oltre la logica, forse, del comizio elettorale, sono invece le affermazioni e le considerazioni del sociologo Ivan Cavicchi che è docente presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata di Roma di : sociologia dell'organizzazione sanitaria, logica, filosofia della scienza, filosofia della medicina, come leggiamo nel suo sito internet. Il Nostro, inoltre, ha ricevuto la laurea in Medicina e Chirurgia *honoris causa* dall'Università degli Studi di Chieti, ha scritto numerosi libri che spaziano dalla bioetica all'epistemologia, dalla politica sanitaria all'antropologia medica e può essere, insomma,

giustamente considerato un vulcano ad eruzione continua di idee e considerazioni sul nostro mondo di medici. La sua ultima fatica è un eBook dal titolo: "La questione medica", dal sottotitolo: "Come uscire dalla palude", che è una raccolta in maniera ragionata di tutti i suoi articoli usciti su Quotidiano Sanità dal 2012 sino alla fine del 2015 in cui si dipana tutto un ragionamento che analizza la crisi dell'essere medico oggi in tutti i suoi aspetti, ne contestualizza i vari scenari provando anche ad ipotizzare le possibili vie di risoluzione. Nel mese di gennaio 2016 ha pubblicato ben quattro articoli, sempre su Quotidiano Sanità, che sintetizzano in un certo qual modo la "questione medica" negli aspetti della nostra politica professionale, della nostra rappresentatività istituzionale e della nostra strategia. Non nascondo che in qualche passaggio ho fatto fatica a mantenere la calma durante la lettura, ma se è vero come dice il proverbio che: "la lingua batte dove il dente duole!" Significa che se non altro anche dal mio punto di vista la questione medica è un problema. Provo a fare una sintesi di questi quattro articoli.

Tutto il ragionamento parte dalla notizia dello sciopero indetto per marzo prossimo dall'intersindacale medica.

"Un nuovo sciopero dei medici. Ma 'ndo vai se la banana nun ce l'hai? Il nuovo sciopero di 48 ore annunciato dai sindacati medici sarà forse un *ballon d'essai*, forse no. Ma resta il fatto che è stato convocato senza che sia stata fatta una analisi del percorso fatto sino ad ora, degli insuccessi accumulati, dei rischi di ulteriore delegittimazione e delle gravi conseguenze che potrebbero derivarne.... **Quando non c'è la cena da servire è discuti-**

bile scioperare perché la tavola non è apparecchiata. Rinnovare contratti e convenzioni mentre la professione è vittima di cambiamenti che non controlla, che subisce, che la impoverisce fino a rischiare lo snaturamento del suo paradigma, ha meno senso di ieri." Ho estrapolato queste due considerazioni dal primo articolo per far capire il tono usato e che il messaggio da ricevere è quello che pensare alla questione economica senza pensare ai contenuti professionali è un non senso. Ben più pesante però, è l'addebito fatto nel secondo articolo alla categoria medica e soprattutto ai suoi generali, intendendo con questi i nostri rappresentanti istituzionali.

"...Se dovessi riassumere le caratteristiche antropologiche medie della categoria dei medici direi che essi sono:

- "*individualisti*" i medici sono inclini ad anteporre agli interessi collettivi quelli propri individuali,
- "*utilitaristi*" per i medici utilità e interesse sono la stessa cosa, entrambi sono il criterio base dell'azione morale,
- "*opportunisti*" i medici quando è il caso ritengono di rinunciare ai propri principi e accettare compromessi,
- "*immanentisti*" per i medici esiste solo il presente cioè il tempo degli interessi concreti e reali, essi per quanto si sforzino non riescono in genere a vedere il mondo più in là del proprio naso per cui per loro il futuro non esiste,
- "*conservatoristi*" essi avversano i progetti utopistici, i mutamenti troppo radicali, hanno scarsa capacità ideative e progettuali, in genere stanno bene nello status quo e se qualcosa cambia si adeguano passivamente..... Ma è solo questione di generali? Purtroppo no. Se fosse così banale basterebbe

cambiarli, per quanto sia un'impresa tutt'altro che semplice e che comunque dovrebbe ammettere la possibilità di avere dei generali alternativi (ma ci sono?). Il problema si accresce enormemente quando i generali sono tali in ragione di un'organizzazione storicamente definita e riassumibile in pochi concetti:

- *pansindacalismo*, il principio sindacale dell'interesse contrattuale permea per intero l'intero arco della rappresentanza medica vale a dire sindacati, ordini, istituti previdenziali e in qualche misura anche le società scientifiche,

- *oligarchia*, i generali più importanti cioè con maggiori deleghe soprattutto dei sindacati autonomi costituiscono una élite che decide praticamente tutto,

- *comparaggio associativo* tutte le decisioni e le scelte ma soprattutto le nomine, quindi i compensi, sono il frutto di accordi interni, alleanze, scambi convenienze reciproche....soprattutto in casa Fnomceo e in casa Enpam,

- *opposizione complementare*, la minoranza è per lo più legata a competizioni interne di potere pur manifestando dissensi su questo o quel singolo problema essa non ha un programma, una strategia e in questo modo non solo non è visibile ma non ridiscute mai strategie, modelli, e assetti,

- *opportunismo variabile* il consenso interno è regolato alla distribuzione delle utilità di ogni tipo ad ogni livello. I medici sono tutti sempre molto coperti, ognuno di loro ha sempre un piccolo interesse da difendere che gli suggerisce di non compromettersi con commenti e prese di posizione,

- *interessi personali* tutti gli spazi importanti dell'arco della rappresentanza medica compreso Fnomceo e Enpam

sono occupati dall'élite che sovrasta sul sistema dei sindacati autonomi e danno luogo a redditi personali importanti...."

Il terzo articolo è più indirizzato alla strategia:".... La piattaforma rivendicativa dei medici tradisce una debolezza che nessuna vertenza seria di nessun tipo può permettersi pena il rischio di andare fuori gioco, che è quella di essere fuori contesto, cioè di essere implausibile. Essa è in effetti implausibile non per quello che chiede, perché quello che chiede se i contratti funzionassero sarebbe dovuto, ma perché è totalmente indifferente al contesto, alle politiche in essere, alle caratteristiche della sua controparte, perché propone un interesse comunque autoriferito e in questo senso egocentrico.

Sono ormai 10 anni che i medici sono sconfitti sul campo ma la ragione della loro sconfitta permanente non è un difetto di mobilitazione perché quando vogliono sanno mobilitarsi ma è il loro pretendere di invertire l'ordine delle cose, indifferenti al mondo che cambia....". L'ultimo articolo rinforza il concetto del precedente:"Perché i medici e i loro generali hanno paura del cambiamento? I medici sino ad ora hanno messo in fila una serie di sconfitte nel senso che tutte le loro battaglie sono risultate alla prova dei fatti "inconseguenti" cioè non hanno prodotto risultati. Il motivo? Nessuna vera piattaforma per rimettersi in gioco da vincenti."

Allora...proviamo a rispondere a queste considerazioni, provocazioni? Da parte mia la risposta non mancherà nel prossimo editoriale, sarebbe interessante avere anche il parere di molti altri colleghi.



ASSISTENZA SANITARIA ALLA POPOLAZIONE CHE SI RIVOLGE PER ESIGENZE DI ORDINE MEDICO ALLA CARITAS DIOCESANA DI PERUGIA

*Dott.ssa Fiammetta Marchionni
(Specialista di Neuropsichiatria, Perugia)*

Questo contributo editoriale viene proposto all'attenzione soprattutto dei medici di medicina generale del nostro territorio e prende lo spunto dalla collaborazione di alcuni medici che volontariamente offrono il loro servizio presso la Casa della Provvidenza di Perugia gestita dalla Caritas Diocesana. In questa struttura è presente un ambulatorio medico al quale si rivolgono spesso persone con problemi di salute ed in difficoltà economica. Si tratta per lo più di immigrati, ma anche di residenti di nazionalità italiana.

Gli immigrati in regola con gli adempimenti previsti dal nostro paese usufruiscono in genere di una assistenza sanitaria non differente da quella degli altri cittadini italiani. Tuttavia alcuni di loro si rivolgono alla Caritas per sussidi di vario tipo e talora chiedono di essere ascoltati per i loro problemi di salute con richieste di prestazioni che non possono essere facilmente soddisfatte o non sono prescrivibili dal SSN. La dottoressa Fiammetta Marchionni, che firma l'articolo, è presente in ambulatorio due volte alla settimana per accogliere le persone che chiedono di essere ascoltate per problemi di ordine medico. Nella maggior parte dei casi lei stessa affronta e risolve i problemi che si presentano, ma in alcuni casi ha

bisogno del supporto di colleghi specialisti. Di seguito si fa riferimento alla esperienza maturata nel corso di oltre un anno di attività per presentare le tipologie dei problemi che sono emersi e che richiedono un momento di riflessione coinvolgendo spesso anche i medici di medicina generale.

Prof. Fausto Santeusano

A poco più di un anno dall'inizio di questo servizio è opportuno trarre un bilancio dall'attività del consultorio medico presso la *Casa della provvidenza*, gestita dalla Caritas diocesana con l'intento di evidenziare situazioni per le quali si richiede una più stretta collaborazione fra i medici di medicina generale e gli operatori della Caritas di Perugia.

Da Aprile 2014 al Settembre 2015 il n. dei pazienti che hanno avuto accesso al consultorio è stato **179**. Per i primi mesi il consultorio era aperto una volta alla settimana per due ore; dal mese di marzo 2015 si è proposta l'apertura per due mattine alla settimana; durante il percorso si è ritenuto più utile aprire una mattina ed un pomeriggio per consentire l'accesso agli studenti ed a chi lavora al mattino.

La tipologia di richieste è per la grande maggioranza dei casi la erogazione di-

retta di farmaci o buoni per l'acquisto o per il pagamento di ticket per esami o per farmaci o per la copertura totale del costo di farmaci non mutuabili.

Più raramente le persone si rivolgono con uno o più sintomi per i quali chiedono una qualche forma di intervento. Non essendo un presidio di primo livello, i richiedenti per bisogni sanitari si rivolgono al consultorio dopo es-

di base o all'ospedale o, più raramente, al consultorio di via XIV Settembre ed esibiscono prescrizioni per le quali chiedono i contributi.

Si riporta una sintesi delle problematiche emerse nel servizio offerto dalla Caritas diocesana di Perugia a sostegno dei problemi sanitari allo scopo di comprendere le motivazioni delle richieste e trovare alcune semplici so-



sere già passati al centro di ascolto della Caritas a cui provengono dietro segnalazione del parroco (a prescindere dal credo religioso i parroci sono considerati il primo filtro credibile per la conoscenza capillare del territorio). Dal punto di vista strettamente sanitario gli utenti nella grande maggioranza di casi sono già stati dal medico

luzioni per evitare sprechi di risorse.

179 persone hanno fatto richieste, di cui la maggior parte una sola volta, ma in una quarantina si sono presentate più volte e talora anche in modo insistente.

La richiesta prevalente è stata di farmaci: per alcuni è stata possibile una

consegna diretta (in Caritas è disponibile una piccola scorta alimentata dalle giornate di raccolta farmaci del banco farmaceutico, o della Fondazione Rava o, da privati), per altri è stato compilato un buono per una delle tre farmacie convenzionate.

Due volte sono stati fatti buoni per presidi (calze elastiche e aerochamber). Quattro volte per l'acquisto di occhiali; una percentuale molto minore di richieste ha riguardato il ticket per esami.

Raramente viene richiesta la misurazione della P.A. o visita medica (quasi sempre auscultazione del torace durante i mesi invernali).

La grande maggioranza di richieste di farmaci è stata nell'ambito degli analgesici, antiinfiammatori prevalentemente destinati ai bambini. Talvolta le persone si sono rivolte al consultorio solo perché è lontano l'ambulatorio del pediatra o del medico di medicina generale.

Il problema maggiore riguarda i farmaci da banco e i cosiddetti "integratori", che sono sempre piuttosto costosi.

Spesso ho interloquito con i medici prescrittori ed ho quasi sempre trovato disponibilità ad individuare soluzioni altrettanto efficaci ma più economiche.

Non ho registrato le richieste di consulenza degli specialisti, ma non sono state più di una quindicina, considerando anche le consultazioni telefoniche.

Gli elementi di criticità emersi sono prevalentemente di due tipi:

Appropriatezza delle prescrizioni

Sono molto frequenti le prescrizioni di integratori di vario tipo, di farmaci topici quasi sempre in pluriprescrizione e di sintomatici. Molto raramente

compaiono prescrizioni di farmaci generici. Capita spesso che, alla richiesta delle ragioni che hanno indotto la prescrizione, il paziente risponda di averla chiesta lui stesso. Per quanto concerne i topici (dermopatie di varia natura) ho sempre visto prescrizioni superiori al numero di quattro in combinazione (detergenti, antimicotici, cortisonici, antibiotici, pomate, emulsioni e gel): a nessuno di questi pazienti sono state date indicazioni di tipo igienico o, per lo meno, non le hanno comprese.

Altro problema è la prescrizione di esami: per pazienti particolarmente lamentosi o insistenti ho visto numeri veramente grandi di richieste di indagini, talora anche in contrasto tra loro. Nelle situazioni di grave disagio economico forse dovremmo aggiungere all'elenco dei criteri di appropriatezza anche il costo e la sostituibilità con provvedimenti di altra natura ed egualmente efficaci.

Possibilità economiche

E' opportuno ricordare che le persone che non hanno i documenti in ordine non possono dimostrare il reddito, quindi non hanno diritto ad alcuna forma di esenzione: anche quando il farmaco è erogato dal SSN il ticket va pagato per intero. Va inoltre rammentato che i farmaci topici da banco sono tutti mediamente piuttosto costosi (con il prezzo di una pomata si possono sovvenzionare anche sei pasti per un indigente). La scoperta che la Caritas può coprire il prezzo dei farmaci aumenta il numero delle richieste e le persone arrivano con la certezza che la prescrizione debba essere evasa a tutti i costi anche quando non è urgente, non necessaria o può essere sostituita con provvedimenti più sem-

plici ed economici.

Anche al consultorio è capitato di dover tentare, con scarso successo in verità, di ottenere la prescrizione di farmaci già nell'elenco SSN, ma con limitazioni della diagnosi (off label). E' molto difficile trovare chi si assume l'onere di certificare la non sostituibilità per quella specifica patologia. Si riportano di seguito alcuni esempi:

Lyrice (in fascia C e rimborsabile solo nell'epilessia, ma prescritta come ansiolitico e con una discreta differenza di prezzo con il generico Pregabalin);

Acido ialuronico (per uso topico in caso di artrosi di ginocchio nella formulazione più costosa); **Ciclosporina** (costo 140 euro/dose) per uso topico oculare: è necessaria la relazione specialistica perché il farmaco sia prescrivibile dal SSN in questo caso.

In conclusione si può ritenere ragionevole che la soluzione, anche parziale, dei problemi evidenziati dal servizio ambulatoriale della Caritas possa essere affidata ad alcuni principi di ordine pratico.

1. Per facilitare la scelta nella prescrizione bisogna essere sempre informati delle potenzialità economiche degli interessati, resistere alle solle-

citazioni di prescrizioni immotivate, dare informazioni sulla corretta prassi sia nell'igiene che nell'alimentazione, saper discernere quanto l'offerta sanitaria, così generosa nel nostro paese, possa rischiare di coprire bisogni di tutt'altra natura, spostando il carico economico in altri campi di azione e soprattutto ritardando la possibilità di una presa di coscienza matura di diversi modelli e stili di vita, necessaria per una integrazione efficace.

2. Valutare il rischio, purtroppo non remotissimo, che dietro la richiesta di farmaci non ci sia un mercato, soprattutto per quanto concerne gli antibiotici e gli antiinfiammatori/antidolorifici, che sono molto richiesti (in particolare dalla popolazione africana) per essere venduti all'interno della comunità, o inviati nel paese d'origine.

3. Si auspica infine una proficua collaborazione fra i medici del territorio, in particolare i medici di medicina generale, e i volontari che operano nell'Ambulatorio della Caritas Diocesana, creando e facilitando contatti per telefono o via e-mail o utilizzando anche il sito web dell'Ordine dei Medici e lo stesso Bollettino dell'Ordine nella rubrica "lettere al direttore".





L'IPERVENTILAZIONE... UNA SINDROME DIMENTICATA

Dottor Francesco Gamuzza

L'utilità di rivedere il concetto e le conseguenze dell'iperventilazione polmonare acuta o cronica nella fisiopatologia umana credo che possa risultare utile al fine di comprendere l'importanza di una respirazione corretta per mantenere o per ripristinare un equilibrio psicofisico oggi considerato difficile da raggiungere. Escludendo i pazienti affetti da patologie cardiopolmonari o quelli degenti in Rianimazione, alla iperventilazione nel quotidiano viene data scarsa importanza in quanto viviamo dominati dalla fretta e dall'ansia di raggiungere degli obiettivi sempre più impegnativi. Ci siamo dimenticati che l'atto respiratorio nel suo complesso, anche se automatico alla nascita, quando si diventa adulti può essere influenzato dalla volontà. Da ciò si può facilmente dedurre che la respirazione necessita di essere preservata dall'acquisizione di abitudini sbagliate se si vuole mantenere un buon equilibrio dei parametri respiratori: O₂, CO₂ e pH i quali risultano essenziali per il mantenimento di una buona ossigenazione..

Fatta questa premessa, bisogna ricordare che si deve alla perspicacia di alcuni medici militari, durante la Guerra Civile Americana, i quali notarono che lo stress provocato dal combattimento si accompagnava ad una respirazio-

ne frequente e superficiale e che in molti soldati dava luogo ad alcuni sintomi come: fame d'aria, senso di soffocamento, parestesie diffuse. Da allora questa correlazione tra iperventilazione e i sintomi sopradescritti è stata possibile osservarla sempre più spesso, anche in tempo di pace, soprattutto in alcune persone superficialmente etichettate come nevrotiche e che di base avevano una respirazione contratta di tipo costale che causava uno stato di sub-ventilazione.

Questo quadro sintomatologico sopra descritto denominato dapprima come "Sindrome da sforzo", oggi è conosciuto come Sindrome da Iperventilazione; essa si può presentare in forma acuta, soprattutto quando inconsapevolmente per un qualsiasi stimolo derivante dallo stress viene accentuata la frequenza; in tal caso l'individuo interpreta l'aumento del ritmo come se stesse vivendo una situazione di pericolo; pertanto avverte paura che si associa a: disorientamento, sensazione di fame d'aria, parestesie, vertigini, svenimento, paura di morire di infarto o di ictus, timore di impazzire o di commettere atti inconsulti. L'insieme di tali disturbi da qualche anno è catalogato dalla moderna psichiatria come Disturbo di Panico.

La stessa sindrome si può presentare

in forma cronica, in tal caso sono presenti alcuni sintomi che, interessando diversi apparati, risulta difficile addebitarli all'iperventilazione, essi sono: singhiozzo, sbadigli ripetuti, dolori al torace, vertigini, secchezza della cavità orale, palpitazioni, spasmi muscolari alle estremità, sensazione di mancanza d'aria, formicolii periferici, spasmi bronchiali, turbe gastro-enteriche etichettate come colon irritabile o come sindrome dispeptica. Mentre la forma acuta è più facile da diagnosticare, la seconda lo è molto meno se non si osserva, da parte del curante, il modo anomalo di respirare del paziente; nelle forme acute un aiuto può essere fornito dal laboratorio sottoponendo il paziente ad una emogas analisi che permette di rilevare le eventuali modificazioni della anidride carbonica (CO₂), dell'ossigeno (O₂) e del pH del plasma; nelle forme croniche per misurare indirettamente il livello della CO₂ nell'organismo può essere utile e semplice l'esecuzione della cosiddetta "Pausa di controllo" che consiste nel valutare per quanto tempo, dopo una espirazione normale, si può stare in apnea senza il minimo sforzo; in presenza di iperventilazione la durata è al di sotto di 25 secondi (valori normali: 50-60 sec.).

La patogenesi della suddetta sindrome è legata ad un incremento del volume respiratorio nell'unità di tempo; infatti dai normali 5 litri si può passare a 10 litri e più al minuto. Generalmente, se non si è in presenza di malattie cardiovascolari o di gravi infezioni cerebrali, l'iperventilazione non soltanto non incrementa l'ossigenazione in quanto quest'ultima dipende dai valori della concentrazione dell'Ossi-emoglobina e dalla sua capacità di cedere

l'ossigeno ai tessuti, ma al contrario favorisce l'eliminazione esagerata della CO₂ a causa della sua estrema diffusibilità alveolare rispetto all'ossigeno; ciò comporta uno stato di ipocapnia associato ad un pH ematico marcatamente alcalino in quanto la CO₂ è presente disciolta nel plasma come acido carbonico. Tali modificazioni, secondo il principio dell'Effetto Bohr causano uno spostamento verso sinistra della curva di dissociazione dell'Ossi-emoglobina e con essa una ridotta cessione di Ossigeno ai tessuti periferici ed in particolar modo alle strutture cerebrali creando delle disfunzioni a carico dei lobi frontali, del Sistema Limbico, dell'Amigdala, dei nuclei Talamici anteriori e soprattutto del Locus ceruleus dal quale deriva la maggior parte della Nor-adrenalina cerebrale, ormo-



ne coinvolto nelle risposte di stress e di panico che a loro volta sono peggiorate dall'insorgenza di falsi segnali di asfissia.

Purtroppo l'ipocapnia, oltre a ridurre l'ossigenazione, che a sua volta è causa di una vasocostrizione dei vasi cerebrali (documentabile con esami di Neuroimaging come la Risonanza Magnetica funzionale), può dar luogo a spasmi a carico della muscolatura liscia dei vari organi a struttura tubulare (esofago, stomaco, intestino, bronchi) le cui patologie ho sopraelencato e che in qualche modo possono entrare a far parte del quadro sintomatologico di alcune malattie psicosomatiche che dalla Medicina generale spesso sono diagnosticate come Distonie neurovegetative.

Al fine di ridurre l'insorgenza di questa patologia è necessario correggere la nostra respirazione soprattutto a riposo ripristinando la funzione del muscolo diaframmatico che ha la capacità di espandere i 2/3 inferiori dei polmoni (si è certi di respirare con il diaframma quando mettendo sulla regione epigastrica il palmo della mano destra si alza e si abbassa con gli atti del respiro); è fondamentale rallentare la frequenza dell'atto respiratorio, un esempio: l'inspirazione e l'espirazione dovrebbero ognuna avere la durata di cinque secondi, l'intervallo tra di esse e tra due atti respiratori consecutivi dovrebbe essere ancora di cinque secondi (questi tempi possono allungarsi con un esercizio graduale); tale tipo di respiro normalizza la CO₂ ematica riducendo l'eccessiva perdita alveolare e ne consegue un miglioramento dell'ossigenazione; questa pratica che andrebbe esercitata per alcuni minuti al giorno e per lungo tempo facilitata, a

riposo, l'instaurarsi di una respirazione diaframmatica spontanea. Tale modalità respiratoria è indicata per tutti e in particolar modo per quei soggetti che vivono in uno stato di ansia cronica che può sfociare in un attacco di panico e che talvolta sono considerati malati immaginari in quanto iperventilano in modo poco evidente. .

Una conferma di quanto riportato ci viene offerto dalle varie tecniche di rilassamento e di meditazione che si basano su una respirazione calma, non celere e concentrata sul diaframma e che pertanto risultano efficaci nel trattare e nel prevenire le suddette disfunzioni respiratorie; infatti rappresentando le suddette pratiche un anello di congiunzione tra soma e psiche, sono capaci di promuovere un benessere mentale, psicologico e fisico.

Da quanto si evince la sindrome da iperventilazione, può essere trattata anche con le sole potenzialità che Madre Natura ha posto in ognuno di noi rappresentate in questo caso dal ripristino di una respirazione corretta. Per far questo è fondamentale riscoprire la funzione a riposo del muscolo diaframmatico da moltissimo tempo dimenticata!

Pertanto poiché esiste anche un nesso evidente tra il nostro stato d'animo e il nostro respiro è auspicabile per tutti rieducare quest'ultimo al fine di rendere la nostra vita un pò più serena in quanto ci aiuta a ridurre le conseguenze di uno stato di stress che quando è eccessivo risulta essere alla base di molte patologie che ci affliggono e che purtroppo oggi trovano soluzioni terapeutiche soltanto sintomatiche.



STORIE DI VITA II

Dottor Tiziano Scarponi

Qualcuno forse ricorderà che in un numero precedente del bollettino pubblicati un editoriale dal titolo lezioni di vita. Questo che segue è un'altra narrazione sulla scia di quella: storie di donne. Ho preferito sostituire il termine lezione con quello di storia in quanto l'obiettivo non è quello di impartire regole o dettami, ma semplicemente di raccontare delle esperienze di vita che ogni medico vive nel proprio ambulatorio, se poi qualcuno ne ricava qualche insegnamento...meglio così!

Dalla porta chiusa cominciano a filtrare dei suoni, anzi, delle voci, meglio, una voce che immagino capace di polarizzare tutta l'attenzione della sala d'aspetto del mio ambulatorio. Sento qualcosa che parla ad alta voce, ma non riesco a capire quello che dice. Ogni tanto un coro di risate che copre tutto, poi la voce riprende. Ho già capito chi può essere: non appena la porta si apre, infatti, e il paziente che stavo prima visitando esce, me la trovo davanti, quasi statuaria, con i suoi onnipresenti Rayband da aviatore portati anche nelle giornate più buie, con le mani che abbracciano i propri fianchi come nelle foto di Mussolini e con quell'espressione ironica che l'accompagna sempre, anche in momenti

in cui forse c'è poco da essere allegri. Antonina ha 96 anni portati con grinta ed orgoglio, è vedova da più di due decenni. Alta come un soldino di cacio, ma dalla corporatura tozza e robusta. Ha anche patito un intervento di gastrectomia totale per un tumore maligno, che, come dice anche lei, nulla ha potuto contro la sua "tigna", ostinazione per i non perugini.

E' stata anni senza che si facesse mai vedere ma la sua assenza era contro-bilanciata dalle ossessive visite di suo marito che, invece, non poteva fare a meno di sedersi davanti a me quasi una volta alla settimana.

Quest'ultimo era quello che il gentil sesso definirebbe un bell'uomo. Anche se l'ho conosciuto oramai settantenne, me lo ricordo, però, entrare nel mio studio sempre in giacca e foulard al collo, con in mano il cappello alla borsalino d'inverno o un'elegante paglietta d'estate. Le "voci" del quartiere lo davano come un grande conquistatore di femmine, ovviamente nel passato, e che quella santa donna di sua moglie era stata costretta ad "ingoiare rospi" e a chiudere tutti e due gli occhi spesso e volentieri.

Era il classico esempio di uomo che dal nulla aveva creato una posizione sociale di tutto rispetto: un'azienda di

commercio all'ingrosso, un grande deposito di merci, una decina di dipendenti, un parco di autovetture....."sono partito alla fine degli anni '50 con la mia cinquecento giardinetta e con il garage che fungeva anche da magazzino...". Non gli si poteva certo dar torto, peccato, però, che tutta la sua baldanza si annullava ogni qual volta si sedeva davanti alla mia scrivania. Era infatti un susseguirsi di sintomi a raffica, frutto più dell'ansia che di patologia organica vera e proprio, una continua richiesta di analisi ed accertamenti che molto spesso mettevano a dura prova la mia capacità di sopportazione, ma, come spesso accade, dopo anni passati ad invocare sintomi e malattie immaginarie, ecco che arrivò una leucemia mieloide acuta che lo ha fulminato in pochissimi mesi.

E' a questo punto compare sulla scena lei, sin ad allora quasi sconosciuta. All'inizio sembrava che avesse raccolto l'eredità del marito non solo patrimoniale, ma anche nelle abitudini "patologiche".....un giorno il mal di testa, un altro giorno la lingua che brucia, un altro giorno ancora la testa vuota e così via: viene passata in rassegna la maggior parte della sintomatologia che quotidianamente affolla i nostri ambulatori.

Tra un profilo biochimico, una radiografia ed una terapia farmacologica passano i mesi e qualche anno. Con frequenza quasi mensile viene a studio e, mentre aspetta il suo turno, intrattiene tutta la platea della sala d'aspetto con le sue battute e le sue considerazioni tutte incentrate sui limiti e sull'inutilità della scienza medica. Cita continuamente fatti e persone di sua conoscenza che hanno subito errori,

ritardi nella diagnosi o nella cura, ma in modo ironico, senza astio o tensione nervosa.

Il suo cavallo di battaglia, però, è l'aneddotica a contenuto "erotico" nel rapporto medico uomo e paziente donna. Inizia con delle affermazioni generiche, definiamole di costume, per arrivare poi a citare nomi di colleghi, suoi coetanei, oramai defunti o in pensione da diversi anni inserendoli in situazione da "barzelletta" come se fosse niente, senza rendersi minimamente conto di poter rischiare una querela per calunnia o diffamazione. Anche su di me, mi raccontano poi i miei pazienti che assistono alle sue esternazioni, non lesina battute ambigue o maliziose allorché qualche giovane paziente femmina stia in visita dentro il mio studio.

Di solito, difficilmente lascio correre, ma con lei preferisco sempre limitarmi a qualche generica modalità di contenimento perché, per come l'ho inquadrata, se mi permettessi di rispondere in modo pungente avrei una reazione di ritorno che forse mi costringerebbe a scendere a dei livelli non consoni per un medico.

Cinque o sei anni fa, però, al ritorno dal suo lungo soggiorno estivo nella residenza di campagna, mi chiama a domicilio perché "le gambe non la reggono", è sempre stanca e non ha più nemmeno la voglia di parlare male dei medici. Arrivo al suo capezzale e subito mi colpisce il suo pallore cutaneo e il suo aspetto dimesso e il suo dimagramento. Raccolgo l'esame obiettivo e contestualmente richiedo degli esami ematochimici di cui prendo visione qualche giorno dopo sempre a domicilio della stessa. "Cara Antonina, ab-

biamo un'emoglobina di 5,2, bisogna ricoverarsi in ospedale e abbastanza in fretta!" Come c'era da aspettarsi, la mia proposta viene immediatamente respinta: "Mi lasci stare, dottore, ormai sono vecchia, mi lasci morire in pace sul mio letto!". Mentre proseguo nella mia opera di convinzione, il mio sguardo cade sul ripiano del comò di

Dopo una breve pausa di silenzio condito dal suo sguardo a metà strada fra l'ironico ed il compassionevole: "Caro dottore, ha voglia di prendermi in giro! Adesso lo vede lì tutto tirato a lucido, con l'espressione e l'atteggiamento di un attore del cinema, ma sapesse che tipino che era! Ha creato un'azienda dal nulla, è vero, ma se non ci fossi sta-



noce massello della camera da letto che è tutto "imbandito" dalle foto del suo povero marito ritratto nello splendore della sua giovane età matura. "Dia retta Antonina, lo faccia se non altro per rispetto della memoria del suo sposo.....pare che la stia guardando!"

ta io al suo fianco, l'azienda sarebbe andata a rotoli da un bel pezzo e ai nostri figli non sarebbe rimasto niente. Le non sa, quanto le donne siano terribili e come possano decidere la fortuna o la sfortuna di voi poveri uomini! Quando vengo in ambulatorio e co-

mincio a fare le battute sul lavoro dei dottori e sulle loro "avventure", so benissimo che sono le pazienti che giuocano con voi come il gatto con il topo e voi siete solo delle vittime...

Lei deve sapere dottore che ho sempre capito che mio marito, veramente un bell'uomo, non poteva accontentarsi solo di me che sono sempre stata abbastanza brutta. Quando poi è arrivato il vero benessere economico e tante donne hanno cominciato a girargli intorno, mi sono detta Antonina... nervi saldi, pazienza ma determinazione. Ho sempre controllato i suoi movimenti, ho sempre fatto finta di non vedere gli occhi dolci che impiegate, clientela femminile, vicine di casa continuamente gli facevano. Ho tollerato sempre le sue scappatelle facendo del tutto che rimanessero tali, ma intervenivo con fermezza quando capivo che stava nascendo qualcosa di più serio. Sapesse quanti magoni ho dovuto mandare giù, ma lo facevo, che dovevo fare? Qualche volta mi era anche venuta l'idea di fare fagotto e andare via. Una volta sono stata anche tentata, Dio mi perdoni, di tagliargli la gola mentre dormiva, ma poi? Che avrei ottenuto? Solo miseria e rovina. Appena i figlioli sono cresciuti li ho fatti subito inserire nell'azienda: chi nella contabilità e chi nel rapporto con i clienti e quel punto il giuoco era fatto. Poi è arrivata la vecchiaia, i bollori si sono spenti e io ho cominciato a stare più tranquilla, anzi era lui che mi cercava continuamente affinché lo rassicurassi e lo consolassi per le sue malattie e poi è mancato e così anche io ho potuto pensare ai miei acciacchi, prima non ne avevo il tempo.

Adesso, dottorino, che ha saputo tutto

mi lasci in pace, stia attento a quando una femmina viene a farsi visitare da lei e voglia bene a sua moglie!"

Ho riempito il foglio con la richiesta di ricovero, ho detto che avrei telefonato ai figli che l'avrebbero condotta in ospedale. Sono uscito pensando alla sua storia, forse una storia come tante per quei tempi, oggi probabilmente improponibile.

Per informazione Antonina si è ricoverata, è stata sottoposta ad intervento di gastrectomia totale per un tumore maligno dell'antro gastrico che l'aveva anemizzata, sono trascorsi più di sei anni ed è tuttora viva e vegeta e viene ancora, se pure a braccetto con la badante, a dare spettacolo nel mio ambulatorio.





I MARKERS IN ONCOLOGIA: UNA FALSA SCORCIATOIA PER LA SCOPERTA DEL CANCRO

Dr Vincenzo Minotti, Dr.ssa Chiara Scafati. Oncologia medica, Ospedale S.M. della Misericordia, Perugia.

Summary

I markers tumorali circolanti sono sostanze che possono essere prodotte dalle neoplasie e che circolano nel sangue in quantità dosabile. In alcune forme tumorali permettono di stabilire il grado di aggressività della neoplasia, anche indipendentemente dalle sue dimensioni. Non sono comunque in grado da soli di fare diagnosi di tumore, ma possono aiutare invece a valutare l'efficacia della terapia o ad evidenziare la comparsa di recidive. I markers tumorali non sono utili come test di screening in quanto sprovvisti di buona sensibilità e specificità ma anche perché non hanno conferito, in studi clinici randomizzati e controllati, alcun beneficio clinico. I principali sono: CEA, PSA, CA-19-9, CA-15-3, CA 125, AFP. Il tema del loro utilizzo clinico appropriato è molto dibattuto anche a livello internazionale ed esistono delle linee guida, elaborate da diverse associazioni e basate sulle evidenze scientifiche disponibili al momento, che sono abbastanza concordanti.

Introduzione

Si è sempre pensato/sperato che un semplice esame del sangue potesse permetterci di scoprire la presenza di una neoplasia, o almeno costituire una sorta di campanello d'allarme in grado di anticipare la manifestazione clinica della malattia. Questo falso mito non infrequentemente è stato alimentato da comportamenti comunicativi imprudenti da parte non solo della carta stampata

e della televisione ma anche di componenti della comunità scientifica. Le grandi aspettative, conseguenti al fatto che il cancro è percepito come una malattia poco curabile, sono la base per una altissima emotività alle notizie sui risultati della ricerca in questo specifico settore. Nell'oncologia moderna quando parliamo di biomarcatori dobbiamo distinguere da una parte quelli inerenti le caratteristiche intrinseche alla malattia in grado di fornire al clinico preziose informazioni di ordine prognostico (la storia naturale indipendentemente dai trattamenti) o di tipo predittivo (risposta a determinati trattamenti) e dall'altra quelli cosiddetti circolanti. L'anatomopatologo ed il biologo molecolare ci forniscono una sorta di carta d'identità del tumore di un particolare paziente che non si limita più alla semplice definizione istologica ma si arricchisce di tutta una serie di informazioni che riguardano le alterazioni a carico del DNA, RNA, e proteine cellulari. Ad esempio la presenza di recettori estrogenici nel tumore della mammella sono predittivi di risposta alla ormonoterapia, mentre l'iperepressione del recettore di membrana ERB-2 connota un andamento aggressivo del tumore mammario ma nello stesso tempo lo rende particolarmente sensibile ai trattamenti che bloccano il recettore, come l'anticorpo trastuzumab (Herceptin). Oggi parliamo sempre più spesso di terapie a bersaglio molecolare, perché utilizziamo farmaci in grado di bloccare selettivamente una speci-

fica alterazione molecolare da cui dipende la crescita neoplastica. In questo breve articolo vogliamo occuparci però dei markers tumorali circolanti, cioè di quelle sostanze dimostrabili nei fluidi biologici e legati in qualche modo alla neoplasia. Attualmente le linee-guida per un corretto utilizzo dei marcatori nella pratica clinica sono generalmente condivise e appaiono sufficientemente codificate. Ignorare queste indicazioni può portare ad un utilizzo sconsiderato dei markers con inevitabili risvolti negativi non solo per il paziente ma anche per la spesa sanitaria. Tre sono i contesti clinici dove i markers circolanti sono stati utilizzati in ambito oncologico: 1) screening; 2) diagnosi; 3) monitoraggio della risposta terapeutica e follow-up.

Screening

Nella diagnosi precoce e/o nello screening nessuno dei marcatori tumorali oggi in uso presenta caratteristiche idonee a questa funzione. Questo perché la specificità e la sensibilità diagnostica dei marcatori sono ben lontane da garantire accettabili valori di predittività quando il dosaggio viene applicato su una popolazione a bassa prevalenza di malattia. L'incremento dei markers può non essere legato alla presenza di una neoplasia ma può essere dovuto a condizioni benigne e situazioni fisiologiche. Ma esiste un motivo ancora più importante per cui non si dovrebbero utilizzare i markers come test di screening. Infatti un programma di screening su una popolazione sana a rischio, per essere efficace non solo deve essere in grado di diagnosticare precocemente una neoplasia ma deve dimostrare con studi clinici randomizzati che ciò si traduce poi in una riduzione della mortalità. Purtroppo per nessuno dei markers tumorali finora disponibili esistono prove incontrovertibili in tal senso. Controverso rimane ancora oggi l'utilizzo del PSA nello screening della prostata. Due importanti studi pubblicati alcuni anni fa sul

New England Journal Medicine riportarono risultati contrastanti: uno studio americano non evidenziò alcun beneficio, mentre quello europeo al contrario dimostrò una riduzione della mortalità del 20% a fronte però di una sovradiagnosi. Ciò significa che frequentemente con lo screening si diagnosticano tumori clinicamente non aggressivi che non porterebbero mai al decesso del paziente ma che, una volta scoperti, devono essere trattati. Stando così le cose le linee guida raccomandano che la eventuale esecuzione dello screening con il PSA in un individuo con più di 50-60 anni derivi sempre da una decisione condivisa. Per quanto riguarda lo screening di donne ad alto rischio di carcinoma ovarico familiare con test genetico positivo per la mutazione del gene BRCA1-2, il dosaggio del CA125 ogni 6 mesi è consigliato a partire dai 25-35anni insieme alla visita ginecologica e l'ecografia trans vaginale.

Diagnosi

I marcatori possono essere usati per scoprire un tumore maligno in una persona con sintomi?

Ciascun organo produce lo stesso marcatore sia nel caso di malattie benigne sia di malattie tumorali: tipico è il caso della prostata con il PSA che può aumentare oltre che per la presenza di un carcinoma anche per l'ipertrofia ed infezioni. Anche nelle malattie della sfera ginecologica, ad esempio tumefazioni ovariche, il CA125 non aiuta perché aspecifico. Ad ogni modo l'utilizzazione dei marcatori nell'approccio diagnostico iniziale può essere giustificata soltanto in casi molto particolari sia per quei marcatori con elevata specificità per un determinato istotipo tumorale, sia per alcuni marcatori in presenza di un preciso sospetto diagnostico. La valutazione del dato deve comunque essere sempre eseguita in associazione con altre metodiche diagnostiche cliniche e/o stru-

mentali. In tabella 1 sono elencati i biomarcatori per i quali esistono in letteratura evidenze sufficienti a raccomandare l'impiego in fase diagnostica. Indubbiamente alcune situazioni cliniche ben precise la presenza di elevati livelli di alcuni markers ci consentono brillantemente di chiudere il ragionamento diagnostico. Ad esempio la presenza di metastasi ossee addensanti in un uomo con un consistente aumento del PSA indirizza certamente verso una diagnosi di carcinoma

Monitoraggio della risposta terapeutica e follow-up.

Se l'uso di un marker tumorale a scopo di screening in soggetti asintomatici può essere più dannoso che utile, e se nell'ambito diagnostico possono essere di una certa utilità solo se integrati con altri accertamenti clinico-strumentali, diversa è la situazione in presenza di una diagnosi accertata di tumore. In questo caso possono in alcune circostanze aiutarci a capire se il tumore sta risponden-



prostatico, mentre la dimostrazione con la TC di malattia neoplastica che si distribuisce lungo la linea mediana (mediastino e retroperitoneo) in un giovane paziente senza tumefazioni al testicolo ma con alti livelli di α FP e β HCG ci consente di formulare la diagnosi di tumore germinale extra-gonadico.

do ad un determinato trattamento oppure, in caso di eradicazione della malattia ottenuta chirurgicamente o con terapie mediche, segnalarci successivamente una ripresa della malattia prima della sua manifestazione clinica.

Non bisogna dimenticare che la valutazione della risposta al trattamento non si può co-

munque basare solo sul comportamento dei markers ma devono essere sempre valutati insieme a parametri clinici e strumentali. Non sempre la riduzione del valore del marcatore si correla con la risposta alla terapia ed in alcuni casi un fugace rialzo dei markers si può osservare con i primi cicli di terapia. In un paziente libero da malattia la precoce scoperta della recidiva mediante l'utilizzo dei markers circolanti acquista valore nella misura in cui il trattamento tempestivo si dimostra poi efficace nel ridurre la mortalità. In caso di un paziente operato di cancro prostatico una risalita del PSA può indicare di solito una recidiva o una metastasi, ma non esiste, per ora, una dimostrazione che questo sia utile rispetto alla scoperta della recidiva o della metastasi



quando diventa clinicamente evidente. Molte incertezze esistono anche per i tumori del polmone, della mammella e dell'ovaio. Molto spesso le donne operate al seno eseguono annualmente oltre alla mammografia anche il controllo dei markers (CEA e CA15-3), richiesti spesso per "tranquillizzare" la paziente, ma non ci sono prove che giustificano la loro utilità. Per il cancro del colon invece si è dimostrato che l'uso dei marcatori permette la scoperta di una recidiva precoce ed è in grado di influenzare la mortalità e per questo si consiglia di controllare il CEA ogni 3 mesi circa. Nei tumori del testicolo l'utilizzo di 3 markers (LDH, α FP, β HCG) sono irrinunciabili per una corretta gestione del malato in tut-

te le fasi della malattia: diagnosi, risposta al trattamento e follow-up. Di seguito vengono riportate le raccomandazioni dell'impiego dei markers accettate dalle più importanti istituzioni scientifiche internazionali.

Cr mammario. Il CEA ed il CA125 sono raccomandati soltanto durante il monitoraggio della terapia delle pazienti con malattia metastatica in combinazione con gli esami clinico-strumentali.

Cr del Colon retto. IL CEA è l'unico marker riconosciuto utile nel cr del colon retto (non raccomandato l'impiego del CA19-9). In fase preoperatoria è utile ai fini della stadiazione, e se elevato ($>5\text{mg/ml}$) riveste un fattore prognostico sfavorevole. Nei pazienti operati in stadio II-III, il dosaggio del CEA deve essere eseguito regolarmente ogni 3 mesi per 3 anni. L'aumento durante il follow-up indica la comparsa di una recidiva che deve essere prontamente ricercata con appositi esami diagnostici per consentire le cure opportune. Anche nel paziente con malattia metastatica è raccomandato il dosaggio del CEA in quanto la persistenza di elevati valori indicano quasi sempre una refrattarietà della malattia al trattamento in corso.

Cr del pancreas A differenza del colon retto i dati dell'impiego dei markers nel carcinoma del pancreas sono ancora insufficienti per una raccomandazione. In questo tumore il marker esaminato è il CA-19-9 e viene ritenuto utile fondamentalmente durante il monitoraggio della terapia nelle forme localmente avanzate o metastatiche a distanza.

Cr del testicolo Nei tumori del testicolo di tipo germinale (seminoma e non-seminoma) la determinazione simultanea di 3 markers (α FP, β HCG, LDH) è determinante in ogni momento della cura. E' probabilmente uno dei pochi casi in cui il ruolo dei markers nel sangue gioca un ruolo importante per capire se una malattia è stata completamente eradicata. Durante il follow-up dei pazienti operati o in remissione completa dopo che-

mioterapia anche piccoli incrementi sottintendono una recidiva della malattia.

Cr dell'ovaio In presenza di un quadro clinico particolare come ad esempio una tumefazione ovarica, soprattutto se già presente una diffusione peritoneale con ascite, il dosaggio del CA125 è necessario per confermare il sospetto di un carcinoma ovarico che richiederà comunque una definizione istologica. Il CA125 trova indicazione anche durante la terapia della malattia avanzata e in fase postoperatoria.

Cr della prostata Il dosaggio del PSA, a parte le incertezze tutt'ora presenti circa la raccomandazione in fase di screening come sopra accennato, viene spesso considerato insieme ad altri fattori (gleason ed estensione clinica) per definire se un tumore prostatico ha un andamento aggressivo, oppure per valutare la risposta alle terapie e per cogliere una recidiva nel follow-up dei pazienti prostatectomizzati od irradiati sulla prostata.

Conclusione

In sintesi come regola generale i marcatori tumorali classici circolanti non sono utili

nello screening, si possono utilizzare per la diagnosi in casi particolari, mentre spesso aiutano nel monitoraggio dei pazienti in fase terapeutica e nel follow-up. Per tutti, con poche eccezioni, vale questa regola: solo dopo aver identificato la neoplasia con idonee tecniche di immagine chiedere il marcatore specifico, per confermare e per seguirne l'evoluzione durante la terapia.

Tab1. Biomarcatori raccomandati in fase diagnostica.

<i>Biomarcatori per i quali esistono in letteratura evidenze sufficienti a raccomandare l'impiego in fase diagnostica</i>		
Marcatore	Neoplasia	Evidenza
AFP	Tumori Germinali	Buona
hCT	T. Midollare tiroide	Buona
hCG	Tumori germinali, mola v. corioCA	Buona
5-IHAA,5HT,5HTP	Carcinoide	Buona
NSE	T. a piccole cellule polmone	Discreta
PSA (% F/T)	Carcinoma Prostata	Discreta

Bibliografia essenziale

- 1 Daniel F.Hayes. Biomarkers. In : De Vita VT. Cancer:principles and practice of oncology, 9th ed.. 2011
- 2 E. Bombardieri, E. Seregni . Biomarcatori circolanti In : Bonadonna , manuale di Oncologia Medica,2007
- 3 Harris L, et al. ASCO 2007 update of recommendations for the use of tumor markers in breast cancer. J Clin Oncol 2007; 25:5287
- 4 Locker GY, et al. ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. J clin Oncol 2006;24:5313.
- 5 Gilligan TD, et al. ASCO 2009 clinical practice guideline on uses of serum tumor markers in adult males with germ cell tumors. J Clin Oncol 2010; 28 (20):3388



IL SEGRETO DELLA CRIPTA MESSAPICA

Romanzo Storico

di Pietro Francesco Matino

Dottor Tiziano Scarponi

Pietro Francesco Matino è un collega nato a Manduria, ma oramai umbro di adozione in quanto esercita la professione di medico di famiglia nella nostra regione dall'inizio della propria attività professionale. Impegnato da sempre nel volontariato, è attualmente segretario nazionale dell'organizzazione cristiana internazionale contro la lebbra: "The Leprosy Mission International"

Può essere a ragione considerato un eclettico perché oltre a scrivere poesie, racconti e qualche saggio si è anche iscritto, dopo la laurea in medicina, all'Accademia di Belle Arti "Bernardino di Betto" di Perugia perché coltiva anche la passione per le arti figurative.

Il segreto della cripta messapica è il suo primo romanzo. Un romanzo storico come si trova scritto in copertina e pertanto l'obiettivo è quello di narrare una storia ambientandola in un periodo del passato, con lo scopo di ricostruirne le atmosfere, le abitudini, le mode e lo spirito per farle rivivere a chi legge le sue pagine.

Obiettivo pienamente raggiunto. Matino narra la storia di Gregorio, uno studente universitario che partecipando ad un convegno di archeologia assiste ad uno scontro verbale fra un commerciante del posto e i curatori del convegno. Il motivo dello scontro è l'ipotetico ruolo di Manduria nella storia del Salento e un ipotetico tesoro sepolto da qualche parte collegato alla

storia della cripta di San Pietro Mandurino. Da questo episodio si dipana tutto un ricordo di un'esperienza vissuta circa dieci anni prima dove accadimenti, personaggi enigmatici e misteriosi danno vita ad un intreccio ricco e vivace dai toni incalzanti trasformandolo quasi in un noir.

Dalla lettura del libro traspare chiaramente un messaggio etico: il messaggio di poter e dover superare certe situazioni che ci possono ingabbiare emotivamente, che ci pongono di fronte a delle scelte tra il bene ed il male, tra il rimanere in una posizione infantile oppure crescere accettando le proprie responsabilità e consapevolezza.

Il *leitmotiv* di tutto il romanzo, però, è l'amore e la nostalgia per la città natale di Manduria. Una Manduria che si è fermata nel ricordo di Matino a quando l'ha lasciata per venire a studiare a Perugia. Una Manduria descritta minuziosamente nelle strade, nelle piazze, ma soprattutto nelle usanze e nelle abitudini di allora, con gli ultimi sprazzi di civiltà contadina, mantenendone intatto anche il vocabolario dialettale..... ecco che il romanzo storico sulla cripta messapica diventa una parte della storia di Pietro Francesco Matino. Una lettura senza dubbio da consigliare e promuovere, anche perché l'incasso della vendita verrà devoluto a favore della organizzazione "The Leprosy Mission International" di cui è presidente nazionale.



LETTERA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI DI FAMIGLIA VOLONTARI PER LE EMERGENZE

Dottor Valerio Sgrelli

Cari colleghi,

nel sito Fimmg, è presente un link che riguarda i "medici di famiglia volontari per le emergenze" AMFE.

Questa nuova associazione è una Onlus senza scopi di lucro, nata il 23 settembre 2011 in occasione del congresso FIMMG tenutosi a Cagliari.

Ha il suo statuto ed è regolarmente registrata nel registro delle Onlus. La ragione che ha motivato la nascita di questa associazione è stato il terremoto che colpì l'Aquila e dintorni dove ha visto coinvolti molti dei nostri colleghi.

Sono iscritti a questa associazione di volontariato medici di ogni regione. Considerando che anche l'Umbria è a rischio sismico, credo sia necessario organizzare anche nella nostra regione una rete di medici volontari pronti a rendersi disponibili a prestare la propria opera finalizzata a sostenere quei colleghi che si trovassero nella impossibilità di garantire una continuità dell'assistenza territoriale. E' ovvio che il nostro contributo è esteso a tutto il territorio nazionale.

L'immagine del medico di famiglia a fianco della protezione civile e di altre associazioni di volontariato impegnate nel dare soccorso alla popolazione in difficoltà è sicuramente un mezzo non solo per dare una impronta diversa della nostra professione ma anche per ribadire l'importanza della figura del medico di famiglia sul territorio.

Vi anticipo che è stato indetto un corso per Medici di Famiglia interessati a formarsi nell'ambito del coordinamento dei soccorsi. Il corso si terrà a Roma il 10 e 11 giugno e sarà del tutto gratuito comprese le spese di viaggio. Seguirà il programma dettagliato.

Chiunque volesse far parte di questa Onlus, e spero che siate in tanti, è il ben accolto. Per ulteriori chiarimenti potete rivolgervi a uno dei due coordinatori. Il dott Tiziano Scarponi, coordinatore regionale (scarponi.tiziano@simg.it). o direttamente a me a cui è stato dato l'incarico di coordinatore del centro Italia. (valeriosg@libero.it)

Cordiali saluti.



URGENZA DIFFERIBILE

*Dott. Marco Rondini
Pronto Soccorso Perugia*

Dopo una vita dedicata alla urgenza non ho ancora capito cosa sia l'urgenza differibile. Per me il concetto è semplice: se è urgente è prima possibile, se è differibile non è urgente! Eppure il sistema RAO è basato sull'urgenza differibile.

Accettato da tutti senza fare una grinza, votato dalla regione come protocollo, citato da tutti e applicato correttamente da nessuno, il sistema RAO, nato forse con le migliori intenzioni è diventato una accozzaglia di chiacchiere senza riscontro pratico, almeno per quel che riguarda l'urgenza.

In pratica, per l'urgenza si riassume in un concetto semplice: il Medico di Medicina Generale non può richiedere un esame o una visita specialistica in tempi più rapidi di 3 giorni da quando si va a prenotare al CUP (quindi di solito 4). Questa è l'urgenza differibile: 72 ore! (quando va bene)

Evidentemente qualcuno ha pensato che una urgenza si possa assolvere in 3 giorni. Quando si concepisce un'idea fessa, per applicarla non c'è modo migliore che dargli un nome, e il genio l'ha chiamata "Urgenza Differibile".

Una appendicite o un'ulcera in 3 giorni si può perforare, una ischemia cerebrale o cardiaca in 3 giorni se non è morta è totalmente irrecuperabile. E

al contrario una vertigine o una orticaria in 3 giorni spesso è guarita da sola. Quindi il Medico di Medicina Generale o se la cava da solo o non sa più che pesci prendere: se ha un dubbio che necessiti dell'aiuto di uno specialista sa che questo dubbio non sarà affrontato prima di 3/4 giorni (se va bene). Nell'era delle patologie tempo dipendenti, in cui si parla sempre più spesso di "golden hour", dove cioè la prima ora è fondamentale in un numero sempre crescente di patologie, un comitato di ignoranti basa il sistema dell'urgenza su 3 giorni e quindi ci si crea intorno un protocollo e lo si chiama RAO: Raggruppamenti di Attesa Omogenei. Già pensare che ci sia qualcosa di omogeneo in medicina è un concetto paradossale: l'omogeneità si raggiunge solo con i grandi numeri ma è impossibile da applicare nei casi singoli.

E allora i MMG agendo naturalmente a favore dei propri assistiti, nei casi urgenti (più o meno) hanno trovato il modo di aggirare questa norma assurda e inapplicabile chiamata Urgenza Differibile e quindi, già che ci sono, ci infilano dentro anche qualche altra cosetta. L'impegnativa non reca più scritto ad esempio "si richiede visita neurologica urgente per ..." ma "si in-

via con urgenza in pronto soccorso per valutazione neurologica". Non vista orl urgente, ma valutazione urgente in pronto soccorso per problema orl ecc. "Si invia in Pronto Soccorso il paz. affetto da vertigini, ictus, mal d'orecchi, cefalea, artrosi, emorroidi, prurito, decubiti, dolori addominali, calli ai piedi, dolore toracico, sciatica, diarrea..." e tutto ciò che potete trovare in un trattato di medicina. Che sia urgente o no non conta, non è nemmeno biffata la U, tanto col Pronto Soccorso non ce n'è bisogno (?). Il paziente accede subito, a qualunque ora, è trattato subito (si fa per dire, i tempi di attesa lievitano, ma di sicuro non 72 ore) e spesso

non paga il ticket. Che meglio? E se qualcosa va storto è colpa di qualcun altro, tanto per non dimenticare mai una sana medicina difensiva.

Alla prima applicazione del sistema RAO i più furbi hanno trovato subito lo stratagemma, ma ora si è diffuso e lo applicano tutti "correttamente" col risultato che ne arrivano decine al giorno.

Quindi, per concludere, cos'è l'urgenza differibile? Personalmente riesco a pensare a una sola risposta: L'URGENZA DIFFERIBILE È QUELLA DEGLI ALTRI (non la propria o quella del proprio assistito).





**RELAZIONE SU CONTO
CONSUNTIVO 2014,
ASSESTAMENTO BILANCIO
DI PREVISIONE 2015,
BILANCIO PREVENTIVO 2016**

Dott. Antonio Montanari

Cari Colleghi,

questa mattina vengono sottoposti all'esame ed all'eventuale approvazione di questa Assemblea il Conto Consuntivo 2014, l'Assestamento del Bilancio di Previsione 2015 e il Bilancio Preventivo 2016. I tre suddetti schemi di Bilancio sono stati redatti in base al vigente regolamento per l'amministrazione e la contabilità, elaborato dalla F.N.O.M.C.eO. ed approvato dal Consiglio Direttivo, e sono formulati in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare nel periodo di riferimento) e di cassa (entrate e uscite che si verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato, indipendentemente dal periodo in cui sono maturati).

Dopo i risultati conseguiti nel triennio 2009/2011 e nell'anno 2012, con l'estinzione del mutuo per l'acquisto della sede di Via Settevalli, il nuovo arredamento della Sala Convegni con poltrone Frau ed il rinnovo di tutte le dotazioni tecnologiche, nel 2013 è stato deciso l'abbassamento delle quote da 110 a 100 euro. Nonostante questa notevole decurtazione, in termini percentuali (rimanendo fissi i 23 euro da riversare a Roma alla FNOMCeO), che pone la nostra quota fra le più basse d'Italia (in alcune province si chiede più del doppio), siamo riusciti ad incrementare i servizi, mantenendo la gratuità della casella PEC ed aumentando gli appuntamenti scientifico-culturali, tutti gratuiti e con crediti ECM per i primi 100 iscritti (nell'anno 2015 sono stati realizzati 18 eventi).

Non solo: alla verifica di fine anno, l'Avanzo di Amministrazione, già molto consistente a fine 2013 (oltre 653mila euro) è salito a 691mila al 31.12.2014, con una previsione di oltre 700mila euro a fine 2015.

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

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

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

RELAZIONE SU CONTO CONSUNTIVO 2014

Cari Colleghi,

questa sera viene sottoposto all'esame ed all'eventuale approvazione del Consiglio il Conto Consuntivo 2014. Lo schema che questa sera vado a presentare è uguale a quello degli anni precedenti e consente di stampare i dati relativi ad entrate ed uscite divisi per competenza, cassa e residui.

Il dato fondamentale comunque del Conto Consuntivo 2014 è sempre rappresentato dall'avanzo o disavanzo di amministrazione.

Nell'anno 2014 si è determinato un AVANZO DI AMMINISTRAZIONE pari a € 691.110,86 (All. 1). Infatti partendo dal FONDO DI CASSA al 01/01/2014 pari ad € 699.934,71 aggiungendo il totale delle riscossioni eseguite in competenza (€ 591.131,82) e in c/residui (€ 65.648,08), sottraendo i pagamenti effettuati in c/competenza (€ 481.669,25) e in c/residui (€ 70.600,87) si ottiene il FONDO DI CASSA al 31/12/2014 pari ad € 804.444,49. A tale importo vanno aggiunti i RESIDUI ATTIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 45.533,32 e sottratti i RESIDUI PASSIVI (dell'anno in corso e degli anni precedenti) pari ad € 158.866,95.

Analizzando le varie voci di Bilancio si può osservare come il TOTALE DELLE ENTRATE di competenza dell'esercizio 2014 è costituito principalmente dalle quote di iscrizione all'Albo, mentre il TOTALE DELLE ENTRATE in c/residui è costituito principalmente dalle quote di iscrizione che non erano state incassate e relative agli anni antecedenti il 2014.

Per quanto riguarda, invece, il TOTALE DELLE SPESE CORRENTI (personale, indennità organi istituzionali, bollettino, consulenze e collaborazioni...) di competenza dell'esercizio 2014 va rilevato che è in linea con quanto speso negli esercizi precedenti.

Per quanto riguarda le SPESE IN CONTO CAPITALE sono costituite sostanzialmente dall'accantonamento al Fondo TFR.

Tutte le spese sono state regolarmente autorizzate e sono completamente documentate.

Tutte le scritture sono state seguite in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti ed i dati sono riportati nelle allegate tabelle del bilancio consuntivo di entrate ed uscite relative all'anno 2014 e sono state controllate dal Collegio dei Revisori dei Conti.

FONDO CASSA AL 01/01/2014	€ 699.934,71
+ RISCOSSIONI IN C/COMP.	€ 591.131,82
+ RISCOSSIONI IN C/RESIDUI	€ 65.648,08
PAGAMENTI IN C/COMP.	€ 481.669,25
PAGAMENTI IN C/RESIDUI	€ 70.600,87

FONDO DI CASSA AL 31/12/2014	€ 804.444,49
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2014	€ 45.533,32
RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2014	€ 158.866,95

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2014	€ 691.110,86
--	---------------------

RELAZIONE SU ASSESTAMENTO BILANCIO DI PREVISIONE 2015

Il Bilancio di Previsione per l'anno 2015 è stato approvato dal Consiglio nella seduta del 10/12/2014 e dall'Assemblea degli iscritti nella seduta del 14/12/2014. Lo schema, formulato in termini finanziari di competenza e di cassa, presentava, l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2015 di € 704.009,08 (tabella 1).

Poiché il Bilancio così formulato si basava su delle stime effettuate in base ai dati in nostro possesso alla fine di novembre 2014, una volta che si è proceduto a redigere il Conto Consuntivo dell'anno 2014 occorre "correggere il tiro", cioè a dire assestare il Bilancio di Previsione 2015.

Nel Conto Consuntivo 2014 sono stati determinati: il Fondo finale di cassa effettivo, i residui attivi definitivi ed i residui passivi definitivi ed il seguente AVANZO DI AMMINISTRAZIONE.

Questi dati sono stati, dunque, riportati nel Bilancio Preventivo 2015 assestato:

Tabella 1

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
FONDO DI CASSA AL 31/12/2014	€ 765.859,08	€ 804.444,49
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2014	€ 62.331,49	€ 45.533,32
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2014	€ <u>124.181,74</u>	€ <u>158.866,95</u>
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2014	€ 704.009,08	€ 691.110,86

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

BILANCIO DI PREVISIONE 2015

Tabella 2

	COMPETENZA	
	NON ASSESTATO	ASSESTATO
Avanzo di Amministrazione	€ 704.009,08	€ 691.110,86
Entrate CORRENTI	" 437.980,00	" 437.980,00
Entrate in CONTO CAPITALE	" 0	" 0
Entrate per PARTITE GIRO	" <u>189.869,00</u>	" <u>187.330,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE</u>	€ 1.361.509,08	€ 1.348.610,86
	=====	=====
Spese CORRENTI	€ 999.179,08	€ 986.280,86
Spese in CONTO CAPITALE	" 175.000,00	" 175.000,00
Spese per PARTITE DI GIRO	" <u>189.869,00</u>	" <u>187.330,00</u>
<u>TOTALE GENERALE DELLE SPESE</u>	€ 1.361.509,08	€ 1.348.610,86
	=====	=====

RELAZIONE SU BILANCIO DI PREVISIONE 2016

Cari Colleghi,

questa sera viene sottoposto all'esame ed all'eventuale approvazione del Consiglio Direttivo il **Bilancio Preventivo 2016**, secondo quanto previsto dal Regolamento per la Amministrazione e la Contabilità in vigore.

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

Il dato fondamentale di partenza del Bilancio di previsione è l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2016, calcolato tenuto conto del fondo di cassa presunto e dei residui attivi e passivi presunti al 31/12/2015.

Il fondo di cassa finale presunto al 31/12/2015 è di **771.175,18** e si può desumere dalla tabella seguente

TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2015

SALDO C/C BANCARIO AL 23/11/2015	€ 891.136,41
SALDO CASSA CONTANTI AL 23/11/2015	€ 3.273,65
TOTALE DISPONIBILITA' AL 23/11/2015	€ 894.410,06
 + ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2015 (Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip...)	 € 16.321,27
 - SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2015 (Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13 ^a , Onorif. agli iscritti Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)	 € 139.556,15

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2015 € 771.175,18

Alla luce di quanto sopra si può ipotizzare l'avanzo di amministrazione all'01/01/2016 di **€ 723.604,84**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2016

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2015	€ 771.175,18
 + RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2015 (Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)	 € 70.223,04
 - RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2015 (Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino, consumi, proc. Informatiche...)	 € 117.793,38

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2016 € 723.604,84

BILANCIO DI PREVISIONE 2016 (Competenza)

Per quanto riguarda le ENTRATE CORRENTI sono incrementate per effetto dell'aumento del numero di iscritti per l'anno 2016.

Non sono previste ENTRATE IN CONTO CAPITALE.

ENTRATE

Avanzo di Amministrazione Presunto	€ 723.604,84
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2016)	" 457.315,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi...)	" 24.500,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	" 0
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	" 0
Entrate per PARTITE GIRO (Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	" 191.865,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€ 1.397.104,84

=====

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

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

USCITE

Spese CORRENTI (Spese conv. assemblea, ind. Cons., stipendi, cond., pulizia consumi energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze, ass. e manut, proc. Info, macchine....)	€ 1.030.419,84
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto proc. Informatiche...)	" 175.000,00
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	" 0
Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	" 191.865,00
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€ 1.397.104,84

=====

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



BILANCIO DI PREVISIONE 2016 (Cassa)

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

ENTRATE

Fondo iniziale di cassa presunto al 01/01/2016

Entrate CONTRIBUTIVE

Entrate DIVERSE

Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI

Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI

Entrate per PARTITE GIRO

TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE

CASSA

€ 771.175,18

" 512.018,00

" 24.500,00

" 0

" 0

" 207.205,04

€ 1.514.898,22

=====

USCITE

Spese CORRENTI

Spese in CONTO CAPITALE

ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI

Spese per PARTITE DI GIRO

TOTALE GENERALE DELLE SPESE

CASSA

€ 1.051.641,19

" 255.154,99

" 0

" 208.102,04

€ 1.514.898,22

=====

Il Bilancio di Previsione 2016 è, ovviamente, espressione dei **seguenti obiettivi** che il Consiglio intende realizzare nel corso del proprio mandato:

1) riduzione al minimo dei residui attivi derivanti da quote di iscrizione non pagate tramite la stipula della convenzione con la nuova banca Tesoriere la VENETO BANCA per la riscossione delle quote di iscrizione dell'anno 2016 tramite MAV o RID, nonché tramite l'azione di controllo e sollecito da parte degli Uffici.

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





CRONACA DELL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE 2015 E RELAZIONE DEL PRESIDENTE

Lo scorso 13 dicembre si è tenuta l'annuale assemblea dell'Ordine. Assemblea che ha visto la gradita partecipazione dell'Assessore alla Salute e Coesione Sociale della Regione Umbria dott. Luca Barberini. Come di consueto dopo il saluto del Presidente ai presenti ed in particolare ai medici chirurghi e agli odontoiatri neo - iscritti e ai colleghi laureati nel 1965 che festeggiavano i 50 anni di laurea, l'assemblea ha dedicato un riconoscente ricordo e un minuto di silenzio agli iscritti deceduti nell'arco di tempo trascorso dalla precedente assemblea.

Questi i colleghi scomparsi:

Giulio Angeli, Enrico Ansuini, Maria Carla Birgolotti, Riccardo Cecati, Giuseppe Colonnelli, Roberto Cristofani, Nicola Langellotti, Alvaro Loschi, Gianluca Maiotti, Carla Mannarelli, Vincenzo Montemagno, Maria Clara Paccoi, Emanuela Patucchi, Antonio Prosciutti, Pietro Scassellati.

Successivamente il tesoriere dott. Antonio Montanari ha esaurientemente illustrato

Il rendiconto finanziario dell'anno 2014, già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta dell'8.04.2015

L'assestamento del bilancio preventivo 2015 già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 2/12/2015

Il Bilancio di previsione 2016 licenziato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 02.12.2015.

L'Assemblea, preso atto della relazione del tesoriere e della relazione positiva del Collegio dei Revisori dei Conti (Dottori Rosi, Genovesi, Luchetti. Pensi) ha approvato alla unanimità i documenti proposti.



Il Presidente ha a questo punto ricordato le principali attività del Consiglio Direttivo e degli uffici. In particolare l'attività di collegamento con il COGEAPS per la trasmissione e la rilevazione dei crediti ECM acquisiti; la regolare certificazione dei crediti, il dialogo con il sistema e la possibilità di aggiornare le posizioni degli iscritti; la attività di supporto ai nostri colleghi per l'attivazione del REGINDE; la attivazione, in collaborazione con altri ordini, la magistratura e l'Università di un master per CTU; l'attività dello sportello previdenziale curato dal dott. Sabatino Orsini Federici che sta rispondendo alle richieste di molti colleghi sul piano assistenziale e previdenziale ENPAM anche con contatti personali e diretti con Roma.

Ha inoltre illustrato la situazione degli iscritti: più o meno stabile quella degli odontoiatri con + 5 iscritti, in aumento di 72 unità i medici, L'incremento delle iscrizioni all'albo Medici Chirurghi è risultante da 122 iscrizioni (nuove e per trasferimento) e 50 cancellazioni (a richiesta, per trasferimento, morosità e decesso) mentre il saldo dell'albo Odontoiatri risulta da 8 iscrizioni (nuove e per trasferimento) e 3 cancellazioni (a richiesta, per trasferimento, morosità e decesso). Le doppie iscrizioni hanno un saldo negativo di -4 risultante da 4 cancellazioni.

Al 13/12/2015 risultano quindi 4976 Iscritti all'Albo Medici Chirurghi, 714 Iscritti all'Albo Odontoiatri, con 342 Doppie iscrizioni per un totale di 5348 Persone fisiche.

Il Presidente ha inoltre ricordato l'impegno nel campo della formazione degli iscritti con incontri organizzati direttamente o fornendo assistenza e collaborazione ad altre iniziative. Grazie al partenariato con la federazione nazionale (FNOMCeO/OMCeO in rete) che consente, tramite le strutture della federazione stessa, una semplificazione e accelerazione delle procedure di accreditamento, il calendario degli incontri, già nutrito nello scorso anno, nel 2015 ha visto l'accREDITamento e lo svolgimento di 18 eventi di cui va dato atto alla commissione Aggiornamento ed in particolare alla continua attività del suo Coordinatore, prof. C. Fiore, e alla disponibilità e abnegazione dei dipendenti.

I corsi hanno permesso a molti colleghi (oltre un terzo dei nostri iscritti) l'acquisizione complessivamente di circa tredicimila crediti, gratuitamente e con incontri francamente diversi, nella loro organizzazione e qualità da quelli consueti.

Questi i corsi organizzati:

17 GENNAIO 2015 : OBESITA' E GRAVIDANZA; 14 FEBBRAIO 2015: DIAGNOSTICA PER LE IMMAGINI NELLA PRATICA CLINICA; 28 FEBBRAIO 2015: NEURORADIOLOGIA NELLA PRATICA CLINICA; 07 MARZO 2015: LA GESTIONE DELLE REAZIONI AVVERSE CUTANEO-MUCOSE A FARMACI SISTEMICI; 21 MARZO 2015: IPERANDROGENISMI; 09 MAGGIO 2015: LA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DOPO LA RIFORMA DELL'ENPAM; 06 GIUGNO 2015 : CERTIFICAZIONI INAIL E MALATTIE PROFESSIONALI; 27 GIUGNO 2015: LE VACCINAZIONI NELL'INFANZIA; 12 SETTEMBRE 2015: DIAGNOSTICA PER LE IMMAGINI NELLA PRATICA CLINICA (II EDIZIONE); 26 SETTEMBRE 2015: IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA PREVENZIONE E NELLA DIAGNOSI DELLE MALATTIE DA LAVORO; 10 OTTOBRE 2015: TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DEI NODULI TIROIDEI BENIGNI;

17 OTTOBRE 2015: CURE PALLIATIVE: PRESA IN CARICO PRECOCE E PROBLEMATICHE CONNESSE ALLA SEDAZIONE PALLIATIVA; 24 OTTOBRE 2015: ENDOCRINOLOGIA GERIATRICA; 31 OTTOBRE 2015: IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NON ONCOLOGICO NEL PAZIENTE COMPLESSO; 7 NOVEMBRE 2015: LE VACCINAZIONI NELL'ADULTO; 14 NOVEMBRE 2015: IL DIABETE MELLITO TIPO 2 21 NOVEMBRE 2015: LE ARITMIE CARDIACHE; 28 NOVEMBRE 2015: RAPPORTO DI CONSULENZA E COLLABORAZIONE TRA ODONTOIATRI.

Successivamente il Presidente ha rinnovato il suo saluto all'assessore Barberini e, facendo riferimento al fatto che anch'egli è un professionista, ha rammentato quali sono il ruolo e le funzioni di un ordine professionale anche per dare un senso preciso al suo intervento.

L'Ordine professionale, che è un ente di diritto pubblico, ha la funzione di garantire sia il corretto esercizio della professione da parte dei soggetti in possesso dei requisiti voluti dalla legge, sia il controllo della

correttezza comportamentale del professionista nei confronti dei cittadini. La sua istituzione non è stato un provvedimento a favore alla categoria ma di una disposizione a tutela dei cittadini. Già nel 1910 al momento della sua istituzione ci fu l'affermazione di una funzione che l'Ordine cerca di esercitare, quotidianamente, a difesa della salute pubblica e a garanzia della qualità delle prestazioni rese alla collettività. E' in questo spirito che vanno intese le recenti prese di posizione degli ordini e della federazione nazionale a tutela e difesa del SSN: dalla piattaforma della professione per i principi del SSN: universalità equità, solidarietà e sostenibilità alla partecipazione alla manifestazione nazionale del 28 novembre scorso. In un interessante recente intervento il vice presidente nazionale Scassola si domandava: il Servizio Sanitario Nazionale morirà per efficientamento?

Con questo neologismo "efficientamento" si è ulteriormente consolidato il pensiero unico che ha dominato la scena della sanità italiana negli ultimi anni: l'economia impone le linee direttrici per la trasformazione del SSN.

L'efficientamento non applica strumenti di ricerca sullo stato di salute della nostra popolazione ma detta l'agenda di un processo di aziendalizzazione sempre più spinto; abbiamo bisogno di analizzare e misurare il cambiamento dei profili di salute ma la politica esprime solo strumenti di controllo contabile. La parola esplicita il pensiero: mentre è vitale il nostro bisogno di pianificare e di investire sui dati epidemiologici, la Pubblica Amministrazione impone un controllo economico della spesa e definisce questo percorso efficientamento.

Costruire un profilo di salute significa tradurre, in una prospettiva di rilancio del SSN, i bisogni della persona e delle comunità; è la premessa per qualsiasi pianificazione delle attività e degli investimenti a sostegno del sistema socio-sanitario.

Perché continuiamo a subire il paradigma del declino inarrestabile del nostro SSN?

Si tratta di definire i principi e le strategie che devono sostenere la nostra idea di salute, di sviluppo socio-economico, di democrazia; il SSN è pura espressione della nostra capacità di essere comunità, partecipe e solidale; forse è proprio per questo che il nostro Paese è in declino e così come il nostro SSN? Nel documento della 12a Commissione Permanente - Igiene e Sanità del Senato "La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità" si sottolinea che il SSN è sostenibile solo se noi lo vogliamo.



Si trovano fondi anche cospicui, per varie finalità (vedi banda larga con 7 miliardi di investimenti pubblici) e contemporaneamente non viene finanziato il SSN con i 2.35 miliardi previsti per il 2015.

Il Governo dovrebbe spiegare la logica di queste scelte: se gli investimenti sono proporzionali alle priorità di sviluppo del Paese la risposta è già nelle scelte: il SSN non rappresenta una priorità.

Ne prendiamo atto ma questo non ci impedirà di confrontarci anche duramente con il Governo dicendo basta ai luoghi comuni sulla Sanità come buco nero del bilancio dello Stato.

La Sanità deve essere considerata un'area di opportunità economica, di ricerca e di occupazione; il settore, compreso l'indotto, occupa 3 milioni di persone e produce l'11% del PIL (ricerca Confindustria).

La sanità è un buco nero o una grande realtà economica, motore per lo sviluppo e l'innovazione?

Allora credo che la vera innovazione per il Paese possa venire da un cambiamento culturale profondo della nostra classe politica.

L'ostacolo maggiore sta nel cervello umano: è il pregiudizio della conferma per il quale modificare le proprie idee, anche con alte probabilità di successo, è molto difficile perché richiede uno sforzo maggiore che mantenere le proprie convinzioni.

La flessibilità è la vera innovazione del nostro tempo ed i medici hanno oggi grandi responsabilità. Sono anch'essi soggetti al pregiudizio della conferma (cambiare ipotesi cognitiva richiede uno sforzo molto maggiore che mantenere la propria ipotesi di partenza); non possiamo dare la colpa alla sola politica ma dobbiamo affrontare un percorso di cambiamento, scandito dalla responsabilità individuale e collettiva, dall'etica dei comportamenti che pongono la questione della appropriatezza delle scelte in ambito diagnostico - terapeutico e dalla corretta comunicazione - relazione con le persone.

Non siamo contrari alla verifica e revisione dei nostri comportamenti, al confronto con la qualità dei nostri atti perché sono strumenti potenti per il cambiamento, per la formazione ma ci opporremo con ogni mezzo ad essere considerati fattori produttivi residuali, qualche volta risorse umane, nel processo di cambiamento del nostro Paese.

Il tema è tra quelli più dibattuti dalla categoria: troppo spesso il medico si trova costretto a scegliere tra l'etica - la propria deontologia, il diritto alla cura del malato - e l'economia, la necessità di far quadrare i conti, di contenere le spese di un sistema sanitario nazionale che non può diventare insostenibile.

La posizione di fiduciario del cittadino e quella di fiduciario del sistema è certamente difficile e scomoda. Una grande manifestazione si è tenuta a Roma il 28 novembre, con la partecipazione di sindacati e associazioni mediche, a difesa del Servizio sanitario nazionale e di una Sanità che garantisca "eguali diritti a tutti".

La manifestazione è stata preceduta dagli Stati generali della professione medica e odontoiatrica, promossi dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici, insieme alla presentazione di un Manifesto della professione e di '10 punti per il futuro del SSN

Questi i 10 punti per progettare il futuro del Servizio Sanitario Nazionale

Sono 5 NO e 5 SI

NO al sottofinanziamento che porta allo smantellamento del SSN ed al razionamento dei servizi al cittadino (*non alla razionalizzazione*)

NO alla Professione governata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone (*le ipotesi di sanzioni per i medici in particolari situazioni, come nel caso di mancato rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva*)

NO agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura

NO a una formazione che non si confronta con i



bisogni di salute

NO a una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure

Sì a una Professione libera di curare in un SSN che offra equità e pari opportunità di accesso (*questo è il significato che noi diamo al termine appropriatezza: dare in tempi di disponibilità limitate il miglior tipo di cure al massimo numero possibile di persone*)

Sì a una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale (*blocco turnover, contratti libero professionali, de motivazione dei giovani*)

Sì a una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute

Sì alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia

Sì ai medici con e per le Persone

Chiediamo alla politica risposte concrete. Siamo organi ausiliari dello stato quando questo stato ci considera risorse funzionali alle politiche per la salute, non ci riconosciamo come tali se siamo solo strumenti per i tagli al SSN.

Sempre Sì al nostro impegno professionale, civile ed etico

Subito dopo è intervenuto portando il suo saluto il dott. Barberini.

La giornata è proseguita con la premiazione dei colleghi con cinquanta anni di laurea, che hanno ricevuto come testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima nei loro confronti una medaglia ed una artistica e fedele riproduzione del Tacuinum sanitatis conservato nella biblioteca di Bevagna.

Prima di quelli del 1965 ha ricevuto il premio un laureato del 1964 che non aveva potuto ritirarlo lo scorso anno il Prof. Franco Casamassima, laureato a Perugia il 26/11/1964.

Gli iscritti laureati nel 1965 premiati sono:

Dott. ALUNNO SANDRO GIUSEPPE, Nato a CITTA' DI CASTELLO, Residente a CITTA' DI CASTELLO, Laureato a PERUGIA il 19/07/1965, SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO (PERUGIA - 09/07/1970), SPECIALISTA IN TISIOLOGIA E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (ROMA "LA SAPIENZA" - 30/10/1975), MEDICO OSPEDALIERO E MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dott. BARTOCCINI LUCIO, Nato a PERUGIA, Residente a FOLIGNO, Laureato a PERUGIA il 19/11/1965, SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO (PERUGIA - 23/07/1968), SPECIALISTA IN CLINICA OCULISTICA, (SIENA - 13/07/1971), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. BONDI NAZARENO, Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 19/11/1965, SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 23/07/1968), SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO (PERUGIA - 28/10/1970), SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA (PERUGIA - 08/11/1971), SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE (PERUGIA - 19/07/1973), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. BUOMPADRE ANGELO, Nato a MONTEFALCO, Residente a FOLIGNO, Laureato a PERUGIA il 17/07/1965 SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA (PERUGIA - 09/07/1968), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. BURATTA GIANCARLO, Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 23/11/1965, SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 23/07/1968), SPECIALISTA IN PEDIATRIA (PERUGIA - 10/07/1979), MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dott. CAMPANELLA GIUSEPPE, Nato a NAPOLI, Residente a CITTA' DELLA PIEVE, Laureato a NAPOLI il 09/08/1965, SPECIALISTA IN MALATTIE NERVOSE E MENTALI (BARI - 21/11/1968)

Dott. CAMPRIANI SANDRO, Nato a CITTA' DI CASTELLO, Residente a CITTA' DI CASTELLO, Laureato a PERUGIA il 27/02/1965, SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 09/07/1970), SPECIALISTA IN GERONTOLOGIA E GERIATRIA (FIRENZE - 20/07/1973), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. COLLINVITTI GAETANO, Nato a MONTEFIASCONE (VT), Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 16/07/1965, SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA (PERUGIA - 10/07/1967), SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 24/07/1972), SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE (PERUGIA - 19/07/1973), SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA (FIRENZE - 16/07/1979)

Dott. COMPARATO ELIO, Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 23/11/1965, SPECIALISTA IN GASTROENTEROLOGIA (PERUGIA - 21/07/1967), SPECIALISTA IN PEDIATRIA (PERUGIA - 13/11/1970), SPECIALISTA IN MALATTIE CARDIOVASCOLARI E REUMATICHE (SIENA - 14/11/1973), SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA (PERUGIA - 13/11/1978), PRIMARIO OSPEDALIERO

Dott. FERRANTI PIERO, Nato a GUBBIO, Residente a GUBBIO, Laureato a PERUGIA il 22/11/1965 MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dott. FRATINI RAFFAELLO, Nato a SORANO (GR), Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 16/07/1965, SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA (FIRENZE - 23/11/1974)

Dott. GAMUZZA FRANCESCO, Nato in LIBIA, Residente a PERUGIA, Laureato a ROMA "LA SAPIENZA" il 18/11/1965, SPECIALISTA IN CHIRURGIA (PERUGIA - 10/11/1970), SPECIALISTA IN CHIRURGIA TORACICA (ROMA "LA SAPIENZA" - 09/11/1972), SPECIALISTA IN UROLOGIA (FIRENZE - 30/10/1975), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. GRIMACCIA GIACOMO, Nato a FABRIANO (AN), Residente a PERUGIA, Laureato a ROMA "LA SAPIENZA" il 10/03/1965, SPECIALISTA IN RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA (MODENA - 07/12/1967), PRIMARIO OSPEDALIERO

Dott. MARCHESI NAZARENO, Nato ad ASSISI, residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 23/11/1965, SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO (PERUGIA - 29/10/1968), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. MENICETTI PAOLO, Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 24/11/1965, SPECIALISTA IN IGIENE (PERUGIA - 09/11/1967), SPECIALISTA IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA ORIENTAMENTO DIREZIONE OSPEDALIERA (PERUGIA - 15/07/1972), DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa PIERINI PAOLA PIERA, Nata a CITTA' DI CASTELLO, Residente a CITTA' DI CASTELLO. Laureata a PERUGIA il 24/11/1965, AIUTO OSPEDALIERO

Dott. RADICCHIA TARCISIO, Nato a PERUGIA, Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 19/07/1965, SPECIALISTA IN CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI (PERUGIA - 02/12/1968), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. RANALDI EZIO, Nato a FOLIGNO, Residente a ASSISI, Laureato a PERUGIA il 17/07/1965, SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA (ROMA "LA SAPIENZA" - 23/02/1968), MEDICO OSPEDALIERO

Dott. ROMAGNOLI MARIO, Nato a ASSISI, Residente a ASSISI, Laureato a PERUGIA il 19/07/1965, SPECIALISTA IN IGIENE (PERUGIA - 29/02/1968), PRIMARIO OSPEDALIERO

Prof. SANTEUSANIO FAUSTO, Nato a MONTE RINALDO (FM), Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 23/11/1965, SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA (PERUGIA - 23/07/1968), SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO (PERUGIA - 09/07/1970), SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA (PERUGIA - 14/11/1977), CONSIGLIERE ORDINE MEDICI PERUGIA DAL 01/01/1997 AL 31/12/2005, PROF. UNIVERSITARIO ORDINARIO

Prof. TODISCO TOMMASO, Nato a BISCEGLIE (BAT), Residente a PERUGIA, Laureato a PERUGIA il 19/07/1965. SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA E REUMATOLOGIA (PISA - 13/07/1968), SPECIALISTA IN MEDICINA GENERALE (PISA - 05/07/1973), SPECIALISTA IN MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO E TISIOLOGIA (PISA - 29/10/1975), PRIMARIO OSPEDALIERO

Tutti i colleghi sono stati salutati con lunghi applausi dai presenti, applausi che si sono tramutati in una vera ovazione per il prof. Santeusanio, segno della stima e dell'affetto di tutti i presenti.

Appena conclusa la manifestazione per i cinquanta anni di laurea è stata la volta dei premi di laurea per le migliori tesi dei neo iscritti. Per il 2015 i premi di mille euro ciascuno sono stati sette. Ai consueti premi intitolati alla memoria del dott. Domenico Tazza, che da cinque erano stati portati a sei dal Consiglio Direttivo, si è aggiunto un premio per la migliore tesi in cardiologia offerto dalla famiglia del dott. Luigi Balducci.

I premi sono stati consegnati dal Presidente, dall'Assessore e dai familiari dei colleghi Tazza e Balducci ai nuovi iscritti:

PREMIO DI LAUREA 2015 "DOMENICO TAZZA"

DOTT. FRANCESCO BACHETTI per la tesi: BIOPSIE ENDOSCOPICHE DI PAZIENTI "COLITICI" NAÏVE: RUOLO DELLA PLASMOCITOSI BASALE

DOTT.SSA ALESSANDRA PERSICHINI per la tesi: IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA: UNA INDAGINE CONOSCITIVA NELLA PROVINCIA DI PERUGIA

DOTT.SSA CLAUDIA CICOGNOLA per la tesi: TOWARDS THE ROUTINE USE OF CFS BIOMARKERS IN ALZHEIMER'S DISEASE: ANALYSIS OF PREANALYTICAL VARIABILITY FACTOR

DOTT.SSA BARBARA BARTOCCINI per la tesi: DALLE CURE INTENSIVE A QUELLE PALLIATIVE ASPETTI ETICI E MEDICO LEGALI

DOTT. FEDERICO GORIETTI per la tesi: PROTOCOLLI INNOVATIVI DI TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE DA DONATORE HLA-APLOIDENTICO

DOTT.SSA LAURA MARIA CACIOPPA per la tesi: FATTORI PREDITTIVI DI IPOTENSIONE PROTRATTA DOPO INTERVENTO DI STENTING CAROTIDEO

PREMIO DI LAUREA 2015 "LUIGI BALDUCCI"

DOTT.SSA CAMILLA NOTARISTEFANI per la tesi: RUOLO DEGLI INDICI DI FUNZIONALITA' EPATICA NELLA VALUTAZIONE PROGNOSTICA DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESINCRONIZZAZIONE CARDIACA

Dopo la premiazione la toccante cerimonia del giuramento professionale.

A nome dei neo-isritti la formula del giuramento è stata letta dai più giovani iscritti la dottoressa Eliana Giambelluca e il dottor Andrea Mancini

La mattinata si è conclusa con la consegna ad ognuno dei nuovi iscritti, chiamati per nome al tavolo della Presidenza, della pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, il distintivo dell'ordine e di una penna USB, contenente il Codice deontologico, l'Albo degli iscritti e un manuale con informazioni legali, fiscali, previdenziali attinenti la professione.



Dott. Andrea Mancini



Dott.ssa Eliana Giambelluca

La consegna delle medaglie 50 anni di laurea



Dott. Angelo Buompadre



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Angelo Buompadre



Dott. Nazzareno Bondi



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Nazzareno Bondi



Dott. Giancarlo Buratta



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Giancarlo Buratta



Dott. Sandro Campriani



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Sandro Campriani



Prof. Franco Casamassima



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Franco Casamassima



Dott. Gaetano Collinvitti



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Gaetano Collinvitti



Dott. Elio Comparato



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Elio Comparato



Dott. Raffaello Fratini



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Raffaello Fratini



Dott. Francesco Gamuzza



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Francesco Gamuzza



Dott. Paolo Menichetti



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Paolo Menichetti



Dott. Tarcisio Radicchia



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Tarcisio Radicchia



Dott. Ezio Rinaldi



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Ezio Rinaldi



Dott. Mario Romagnoli



La consegna della medaglia ricordo al Dott. Mario Romagnoli



Prof. Fausto Santeusano



La consegna della medaglia ricordo al Prof. Fausto Santeusano



Foto di Gruppo

*La consegna dei premi di laurea intitolati
alla memoria del Dott. Domenico Tazza*



Dott. Federico Gorietti



Premio Laurea Dott. Federico Gorietti



Dott. Francesco Bachetti



Premio Laurea Dott. Francesco Bachetti



Dott.ssa Alessandra Persichini



Premio Laurea Dott.ssa Alessandra Persichini



Dott.ssa Barbara Bartoccini



Premio Laurea Dott.ssa Barbara Bartoccini



Dott.ssa Laura Maria Cacioppa



Ritiro del Premio Laurea Dott.ssa Laura Maria Cacioppa da parte del padre



Premio Laurea Dott.ssa Claudia Cicognola - Ritiro dei premi dal padre

*La consegna dei premi di laurea intitolati
alla memoria del Dott. Luigi Balducci*



Premio Laurea Dott. Luigi Balducci



Dott.ssa Camilla Notaristefani



Premio Laurea Dott.ssa Camilla Notaristefani



SCANDALO TANGENTI SULL'ODONTOIATRIA PUBBLICA IN LOMBARDIA ED ARRESTO DEL GRUPPO DIRIGENTE VITALDENT IN SPAGNA. PRADA: APPROVATE LE NUOVE REGOLE RICHIESTE DA ANDI

“I recenti fatti che hanno toccato l'odontoiatria pubblica in Lombardia e l'arresto del management Vitaldent in Spagna hanno evidenziato come siano necessarie nuove regole, le regole che ha indicato ANDI in Commissione al Senato e che sono state raccolte con gli emendamenti al Ddl Concorrenza”.

A dirlo alla stampa è il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada ricordando come nei giorni scorsi L'Associazione abbia rivolto un appello al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ed al Ministro dello Sviluppo Economico, Federica Guidi, perché appoggino gli emendamenti appositamente presentati al Ddl Concorrenza.

L'obiettivo delle proposte, ha ricordato Prada, è quello di tutelare la salute nell'ambito di un mercato odontoiatrico libero, sostenibile, basato su garanzie a tutela del cittadino, che non deve essere considerato come un cliente da sfruttare ma un come paziente del quale prendersi cura.

Per raggiungere questo scopo è importante, secondo il Presidente Prada, intervenire sulle società come quelle attualmente al centro degli arresti e delle inchieste, che investono utiliz-

zando capitali di dubbia provenienza ed offrono servizi odontoiatrici adottando pericolose politiche commerciali. I recenti scandali nella sanità lombarda, dove sarebbe coinvolta una di queste società e l'accusa a carico della Vitaldent, da parte delle autorità spagnole, di evasione fiscale e frode per oltre dieci milioni di euro mettono in evidenza tutti i limiti di questo sistema.

E' pertanto necessario un intervento chiaro e forte da parte di tutte le forze politiche e lo strumento è immediatamente disponibile nel Ddl Concorrenza, approvando le proposte sostenute da ANDI.

Pubblicato il 17 febbraio 2016





VICENDA VITALDENT IN SPAGNA. È A RISCHIO ANCHE LA SALUTE DEI PAZIENTI CURATI IN ITALIA?

Martedì 16 febbraio la polizia spagnola ha eseguito 13 mandati di arresto nell'ambito di una inchiesta che ha portato in carcere il gruppo dirigente Vitaldent tra cui il maggiore azionista ed il vice presidente.

L'accusa è di evasione fiscale e riciclaggio, secondo la stampa spagnola parte del canone di affiliazione veniva versato in nero.

La stampa spagnola nei giorni successivi agli arresti ha ipotizzato la possibilità che le cliniche di proprietà del gruppo Vitaldent, circa la metà di quelle presenti in Spagna e la maggioranza di quelle italiane, in caso di

chiusura o fallimento del Gruppo lascerebbero i pazienti attualmente in cura senza la possibilità di terminare le cure e senza poter richiedere indietro quanto già pagato.

In Italia la tutela dei diritti dei pazienti che si rivolgono alle Catene odontoiatriche è stato posto dai Senatori Giovanni Edrizzi e Luigi Gaetti del Movimento 5 Stelle che hanno chiesto, attraverso un interpello a risposta scritta, ai Ministri dell'interno, dell'Economia e delle Finanze e dello Sviluppo Economico di intervenire per contenere i rischi.

Pubblicato il 24 febbraio 2016



