



Bollettino⁰²⁻²⁰¹⁷

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 02/2017



Pian Grande di Castelluccio

indice

UMANO,
TROPPO UMANO

pag 3

NOVITÀ IN TEMA DI
GESTIONE CLINICA DEI
NODULI TIROIDEI

pag 16

POVERI EPIDEMIOLOGI:
LA STATISTICA È IN CRISI

pag 23

NUOVO REGOLAMENTO:
APERTURA STUDI:
FINALMENTE!!!

pag 26

ANCORA ANDI
PER IL TERREMOTO

pag 29

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 02/2017

Sommario

UMANO, TROPPO UMANO	3
EFFETTO ANTIDEPRESSIVO DELLE STATINE	6
AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)	7
ALCUNE CAUSE DI UN OSPEDALE MENO "CORTESE"	12
IL VENERABILE VITTORIO TRANCANELLI È TORNATO IN OSPEDALE	14
NOVITÀ IN TEMA DI GESTIONE CLINICA DEI NODULI TIROIDEI	16
POVERI EPIDEMIOLOGI: LA STATISTICA È IN CRISI	23
NUOVO REGOLAMENTO APERTURA STUDI: FINALMENTE!!!	26
TARIFFARIO MINIMO: VOGLIAMO LA REINTRODUZIONE!!!	27
ANCORA ANDI PER IL TERREMOTO	29

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
 - essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.
- La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

RESIDENTE:

Dott. Graziano CONTI

VICE PRESIDENTE

Dott. Valerio SGRELLI

TESORIERE

Dott. Antonio MONTANARI
(Consigliere Odontoiatra)

SEGRETARIO

Dott. Stefano LENTINI

CONSIGLIERI

Dott. Mario BERARDI

Dott.ssa Patrizia BODO

Dott. Stefano CARAFFINI

Dott.ssa Cristina CENCI

Dott.ssa Alfredo CRESCENZI

Dott. Stefano CUSCO

Dott. Andrea DONATI

(Consigliere Odontoiatra)

Prof. Cesare FIORE

Dott.ssa Alessandra FUCA'

Dott. Francesco GIORGETTI

Dott. Gian Marco MATTIOLI

Dott. Tiziano SCARPONI

Dott. Massimo SORBO

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Dott. Andrea DONATI

COMPONENTI

Dott. Leonardo CANCELLONI

Dott.ssa Claudia GIANNONI

Dott. Antonio MONTANARI

Dott. Ezio POLITI

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE

Dott. Gianluigi ROSI

EFFETTIVI

Dott. Giovanni Battista GENOVESI

Dott. Oreste Maria LUCHETTI

SUPPLENTE

Dott. Primo PENSI

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

Comitato di redazione

Dott. Stefano Lentini

Dott. Antonio Montanari

Dott. Marco Petrella

Dott.ssa Stefania Petrelli

Dott. Giuseppe Quintaliani

Prof. Fausto Santeusano

Dott. Massimo Sorbo

Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it - segretario@ordinemediciperugia.it

uffici@ordinemediciperugia.it - commissioneodo@ordinemediciperugia.it

previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it



UMANO, TROPPO UMANO

Dott. Tiziano Scarponi

Umano, troppo umano.

Mi sarà perdonato l'aver richiamato alla memoria con questo titolo il famoso libro di Nietzsche per "spiriti liberi", ma l'ho voluto fare perché probabilmente queste considerazioni potranno dare adito a sospetti e fraintendimenti che a qualcuno faranno dire che sto negando, anzi, rinnegando tutti i principi di umanità e del prendersi cura che sino ad ora ho affermato ed enfatizzato.

Non importa! A 65 anni compiuti mi sento nella libertà di poter scrivere quello che penso, talora anche con riflessioni a prima vista rischiose, ma sono convinto che il principio di coerenza talvolta vada interpretato "guardando oltre" la circostanza e il fatto del momento.

T.M. sesso maschile classe 1926 affetto da mielodisplasia che "sopravvive" con tre o quattro trasfusioni di sangue intero alla settimana, con il mento che oramai quasi tocca i ginocchi e con la maggior parte del tempo trascorsa fra letto e carrozzella.

S.C. sesso maschile classe 1929 affetto da marasma senile che con PEG "sopravvive" accartocciato su stesso sul materassino antidecubito con lettino reclinabile con sponde di conte-

nimento.

M.M. sesso maschile classe 1930 affetto da tante malattie che nemmeno un manuale di patologia medica sarebbe in grado di contenere, "sopravvive" in uno stato simil catatonico per mezzo di sondino naso gastrico, anche lui accartocciato su stesso sul materassino antidecubito con lettino reclinabile e con sponde di contenimento.

La lista sarebbe ancora lunga.

Fatta per lo più da ultraottantenni in condizioni più o meno sovrapponibili che alternano oramai frequenti periodi di ricovero ospedaliero a periodi trascorsi in casa con l'assistenza continua di *caregiver* e infermieri dei centri di salute.

Mentre scorrono le immagini di questi pazienti, come quasi in un film che proietta scene parallele, scorrono le immagini dei quotidiani in edicola di questi giorni che riportano: "Chiuse le sale operatorie per mancanza di sangue.

Sempre più letti e brande nei corridoi per mancanza di posti letto. Non ci sono più garze e materiale per medicazioni. Ospedali al collasso.....".

È oramai quotidianità vivere la professione da parte mia con un senso di fastidiosa impotenza nel dover su-

bire scelte operative che non riflettono più la propria scienza e coscienza, ma è come se tutti quanti noi medici e operatori sanitari, da un po' di tempo a questa parte, fossimo soggiogati da un moloch cui tutti dobbiamo obbedienza e sacrifici.

Eppure quando alla fine degli anni '70 ho iniziato questa professione non era così!

Tutto si chiamava per nome: medico, malato, malattia.....morte!

Proprio la morte era considerata un evento naturale, come normale conseguenza di tutto quello che c'era stato prima, ma da un po' di anni sembra diventata una parola impronunciabile, una cosa inaccettabile e improponibile.

Non frantendetemi, non sono per niente favorevole all'eutanasia, ma lasciatemi proseguire con una serie di considerazioni.

In questi ultimi mesi ho partecipato ai tavoli di lavoro per la stesura del Piano Regionale della Cronicità che ogni regione ha attivato per l'attuazione di quello nazionale, pubblicato il dicembre dello scorso anno. Sono stati giustamente individuati i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per importanti capitoli di patologia con l'obiettivo di *"... un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza"*.

In altre parole di fronte all'esplosione delle patologie croniche che stanno letteralmente divorando il Servizio

Sanitario pubblico, si cerca di porvi rimedio uniformando i comportamenti, ma come spesso capita, la coperta che si cerca di cucire, qualche volta, può venire paradossalmente anche più grande di quella che occorre.

Già il presupporre un approccio unitario e che sia personalizzato nel medesimo tempo, è forse una contraddizione in termini logici poi, comunque confezionato l'abito, andrà poi a pennello per tutti?

Quando durante la plenaria dei vari tavoli di lavoro ho alzato la mano e ho chiesto se un PDTA per un paziente con uno scompenso cardiaco di 50 anni fosse identico a quello per un ultraottantenne non ho avuto alcuna risposta ufficiale. Dove voglio andare a parare?

Voglio solo affermare che non si può affrontare la complessità con risposte di tipo riduzionistico e non si può pensare ad una riorganizzazione e responsabilizzazione dei servizi senza "fare sistema".

Esempio pratico. C.P. maschio di 87 anni affetto da demenza, oramai costretto a letto e con tutte le caratteristiche di una fase terminale.

La famiglia mi chiede che venga fatto solo l'indispensabile, ma durante un ennesimo episodio febbrile avvenuto però di domenica pomeriggio, la badante rumena senza consultare nessun altro chiama il 118 che "carica su" il paziente, che viene ricoverato e anche qui, senza sentire il parere di nessun familiare, viene introdotto il catetere in vescica e il sondino nasogastrico perché?

Perché così dicono le linee guida vie-

ne risposto poi alla figlia che poneva il quesito.

Non c'è niente da fare!

Anche se a chiacchiere siamo tutti contro un certo *modus operandi*, quando poi ci troviamo veramente di fronte al problema, scatta in molti una specie di vortice prestazionale alimentato forse da medicina difensiva, da autoreferenza, da rimozione del proprio senso di morte, insomma da un qualcosa che risucchia e fagocita qualsiasi considerazione sul perché di certe scelte e certi passi. E gli effetti di questo vortice si fanno vedere e sentire con il continuo e progressivo consumo di risorse che fra breve determinerà l'implosione di tutto il Servizio Sanitario.

Sorge a questo punto spontanea la domanda: "Quale rimedio?"

Quale ricetta?

La risposta non è semplice perché prima di tutto vanno fatte delle scelte di non facile metabolizzazione, scelte impopolari come quella di affermare che non è più possibile garantire dei PDTA uniformi per tutti i pazienti, ma non per una motivazione solo economica, ma anche perché non sarebbe etico e morale garantirli. Gestire la complessità e la personalizzazione delle cure richiede scelte complesse e personalizzate, scelte fatte con onestà intellettuale e che guardino oltre, che guardino al futuro. Prima di tutto va sancito un vero patto fra i professionisti della salute, un patto che nasca dal principio di dover far "sistema", con la consapevolezza che il totale è diverso dalla somma delle singole parti e che ogni criticità di una singola parte si ripre-

cuote su tutto il sistema.

È impensabile che l'ospedale non tenga conto di tutta la storia del paziente vissuta insieme al proprio curante com'è assurdo che quest'ultimo ignori i capitoli della storia vissuti in ospedale, com'è altrettanto assurdo che tutti i professionisti non siano capaci di una vera integrazione "trandisciplinare".

Da quale modello conviene partire? Una risposta potrebbe essere quella della "organizzazione empatica a geometria variabile" di cui ho parlato nell'editoriale del Bollettino n.4/2014

(<http://tizianoscarponi.blogspot.it/2015/01/organizzazioni-empatiche-geometria.html>) e di cui potremo parlare in seguito, ma quello che mi preme ribadire in questa occasione è che sono arrivati i tempi in cui si devono dismettere i toni demagogici della politica, i comportamenti autoreferenziali della propria disciplina, le scelte etiche umane del presente, ma "troppo umane" per il futuro dei nostri figli.





EFFETTO ANTIDEPRESSIVO DELLE STATINE

Dott. Massimo Sorbo

Le statine sono farmaci ipocolesterolemizzanti che, oltre il meccanismo ipolipemizzante, presentano altri effetti, tra i quali quello antinfiammatorio. Sulla base di diversi studi che hanno dimostrato proprietà antidepressive da parte di alcuni farmaci antinfiammatori, si è voluto verificare eventuali proprietà antidepressive da parte, appunto, delle statine. Queste molecole sono presenti sul mercato dal 1980 ed hanno subito conquistato un posto rilevante tra i farmaci per la prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari, attraverso la loro azione antiaterosclerotica e antitrombotica. Tra i loro effetti terapeutici è noto quello sui livelli di proteina C reattiva, inibizione di citochine pro-infiammatorie, attività antiossidante ed inibizione dei linfociti attraverso il blocco dell'antigene 1 della funzione leucocitaria. Il primo studio che ha verificato il possibile effetto antidepressivo delle statine, è stato pubblicato nel 2013 con l'utilizzo della lovastatina: nel gruppo che aveva assunto la statina in aggiunta alla fluoxetina si è verificata una significativa riduzione sulla scala di valutazione della depressione di Hamilton. Altri studi successivi hanno confermato tali dati con l'utilizzo della atorvastatina 20 con citalopram 40 e l'utilizzo della simvastatina 20 in associazione alla fluoxetina. In un recente studio condotto su 872.000

pazienti in terapia con inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), circa 113.000 (13%) hanno assunto anche una statina, dimostrando una riduzione per questo gruppo di pazienti del 36% delle ospedalizzazioni per sindrome depressiva. A questo punto si è voluto indagare sull'effetto preventivo primario delle statine contro lo sviluppo della depressione. Una meta-analisi di sette studi "osservazionali", ha evidenziato che i pazienti in terapia con solo statine, presentavano il 32% in meno di probabilità di sviluppare una sindrome depressiva rispetto a quelli non in trattamento. In conclusione, si può dire che studi osservazionali mostrano come le statine abbiano effetti antidepressivi se utilizzate in aggiunta alla terapia con farmaci SSRI. Il potenziale effetto primario sulla depressione, ha dati meno chiari e convincenti. È auspicabile la programmazione di studi con follow-up più lunghi, in modo tale da poter avere dati più robusti rispetto a quelli attuali, in particolare nella individuazione dei sottogruppi di pazienti depressi che possono trarre maggiori benefici dal trattamento con statine.

BIBLIOGRAFIA:

- Köhler-Forsberg O, Gasse C, Berk M, Østergaard SD
"Do statins have antidepressant effects"
 Drugs. 2017, mar 16.



Tale articolo è il contributo della Segreteria Regionale CISL Medici Regione Umbria-Intesa Sindacale che pubblichiamo su sua richiesta e non l'opinione del Consiglio dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Perugia

DEMOCRAZIA E LIBERALISMO

Le contraddizioni ideologiche e culturali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Qualsivoglia ipotesi di cambiamento dell'assetto organizzativo delle Cure Primarie non può esimersi dal procedere prima ad una attenta analisi della realtà da cui si parte o quanto meno da una evidenziazione dei nodi e delle difficoltà emersi nei decenni intercorsi dal varo della Riforma Sanitaria del 1978 che portò all'abolizione di un sistema basato su enti mutualistici o casse mutue.

Ed è proprio su alcuni di questi "nodi" che vorrei porre l'attenzione avanzando l'ipotesi che essi siano la conseguenza di un difetto primogenio della Riforma stessa o quanto meno della sommatoria di aggiustamenti forvianti susseguitesesi nel tempo.

AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

Ipotesi organizzativa per le Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale e della Continuità Assistenziale Regione Umbria

Dott. Paolo Papi

Che il nostro SSN sia democratico e universale è fuor di dubbio: esso assicura assistenza a tutti i Cittadini dal concepimento all'exitus. Si tratta di un vero e proprio "miracolo italiano" data la quantità e qualità dei servizi offerti a fronte di un investimento che, per quanto cospicuo, non arriva all'8% del PIL. Se si considera, inoltre, che l'assistenza viene estesa a gran parte dei parenti delle persone immigrate il "miracolo" è ancor più evidente. Vi è, comunque, nel nostro SSN, un ambito di estrema criticità che è causa prima di gran parte degli eccessi prescrittivi e, fatto ancor più grave, responsabile del parziale **fallimento** di uno degli obiettivi cardine della Legge di Riforma: l'educazione alla salute della popolazione.

SI TRATTA DELLE DISTORSIONI INERENTI LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE A LIVELLO DELLA MEDICINA GENERALE

Tutti sanno che il rapporto Medico di Famiglia/Paziente è regolato dalla così detta "libera scelta", la possibilità cioè di scegliere il proprio terapeuta con liberalità e con altrettanta liberalità riconoscerlo come punto di riferimento tecnico. Ma la realtà è ben diversa: il Medico di Famiglia,

elemento cardine del Servizio Sanitario e porta d'ingresso al "Sistema" stesso, è vissuto dalla popolazione alla stregua di un impiegato con **la funzione di erogare prestazioni gratuite e a richiesta** e fatto ancor più grave, questa convinzione è ormai talmente radicata nella mentalità collettiva che pian piano sta penetrando nei modi di pensare e di agire dei "così detti" extra comunitari, che tra meno di un decennio saranno cittadini Italiani a tutti gli effetti.

Che piaccia o no, questa è la realtà delle cose, o meglio anche questa data la complessità del problema e la difformità delle situazioni che si possono incontrare. Per fortuna, o nonostante tutto, nel momento del bisogno il Medico di Famiglia rimane pur sempre il Medico ed è così possibile osservare il duplice e differente atteggiamento che gli utenti hanno nei suoi confronti: di fiducia e rispetto nei momenti di acuzie, di diffidenza e contrapposizione nella "normalità" del quotidiano.

È fuor di dubbio che una tale impostazione inficia la **"relazione terapeutica"** basata non solo sulla liberalità ma anche sul **riconoscimento reciproco di ruoli e competenze** e quindi collocata inevitabilmente all'interno di una **"dinamica di potere"** tra gli attori come la letteratura in materia può ampiamente documentare e dimostrare. Ma il sistema è concepito in maniera tale che il Medico di Famiglia è sotto la continua minaccia della REVOCA DEL "MANDATO DI FIDUCIA" e **per ovvi motivi di sopravvivenza**, a soggiacere ai continui ricatti da parte dei

Pazienti stessi per certificati compiacenti, per accertamenti pretesi e non necessari, per visite domiciliari non dovute, per la dispensa di farmaci altrimenti a pagamento e così via. Il mancato riconoscimento del MMG come "terapeuta realmente scelto" ha come immediata ricaduta l'impossibilità di "negoziare la domanda di salute", atto squisitamente tecnico, che consentirebbe di far emergere il reale problema sotteso alla domanda stessa e di *calibrare e proporre le risposte in base a scienza, coscienza e ai limiti dettati dalla Legge*. Vi è una *inversione di potere tra gli attori della relazione* e il "potere" legato al sapere medico è sovrastato dall'arrogante pretesa degli Utenti di decidere il proprio piano diagnostico e terapeutico conseguenza, non solo della pressione consumistica, ma anche di una distorsione ideologica, e oserei dire demagogica, della Legge di Riforma: tutto è dovuto; il Medico è un nemico da combattere. Si ha la sensazione che nello Studio del Medico di Famiglia si consumi un conflitto che in altri tempi sarebbe stato definito come *"antagonismo di classe"* e quello che è un legittimo diritto degli Utenti, sancito dalla Costituzione, viene vissuto come rivalsa sociale e non già come una grande opportunità civile e democratica: è mio diritto avere; è mio diritto non pagare. La situazione è ancor più grottesca se si considera che nel nostro Paese a pagare sono proprio in pochi e sempre gli stessi e con gli ultimi compiti imposti al Medico di Famiglia, costretto anche a verificare la fascia di reddito dei Pazienti/Utenti, ci si trova a

scoprire palesi e sfrontate iniquità. È facile intuire come il problema delle **liste di attesa** sia solo un “falso problema” dovuto all’impossibilità di arginare la domanda consumistica a marea montante perpetrata dagli utenti e le amplificazione dovute ad un atteggiamento difensivo del Medico che cerca di tutelarsi da possibili errori e/o incomprensioni. In tutto questo i RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che avrebbero dovuto regolare la domanda impropria, si configurano come un ridicolo “pannicello caldo” che sotto le pressioni, i ricatti, la disinformazione e la malafede degli attori coinvolti contribuiscono a rendere ancor più surreale il tutto: “vada dal Medico e si faccia cambiare la priorità” frase tipica dell’irrispettoso e inadeguato personale delle cooperative che gestiscono i Centri Unici di Prenotazione (CUP) o dell’onnipotente personale delle Farmacie cui lo Stato ha delegato, ormai da tempo, gran parte della gestione della salute collettiva pagandoli e salvaguardandoli da un reale liberismo commerciale. La frustrazione è inevitabile. Il nostro SSN, a fronte degli innegabili pregi, *non è in grado di assicurare un “reale rapporto terapeutico”* proprio nel settore più delicato e di immediato accesso come è la Medicina di Famiglia e lo scontento della popolazione si traduce in una critica spesso immotivata al sistema stesso, in una moltiplicazione di richieste di accertamenti nel tentativo di compensare il vuoto relazionale e nella ricerca continua di un rapporto terapeutico nelle più disparate “medicine alternative”. Vi è la

negazione e la scotomizzazione da parte degli Utenti e l’impotenza del Medico di Famiglia nel farlo emergere del principale problema che di fatto alimenta l’accesso allo Studio: il profondo e drammatico disagio esistenziale e sociale prima ancora dei problemi contingenti che di volta in volta si possono presentare. Le dinamiche diventano ancor più surreali e difficilissimo il compito del MMG nel ridefinire e rinegoziare richieste spesso assurde e immotivate quando ci si trova di fronte a comportamenti professionalmente ed eticamente discutibili da parte di molti colleghi del privato ma anche del Servizio pubblico che ignorano, o fingono di ignorare, norme e leggi e di sicuro la buona educazione e la correttezza deontologica. Per non parlare dell’esercito montante dei “camici bianchi” a Laurea breve alla spasmodica ricerca di legittimazione professionale e sociale. La ricaduta immediata e drammatica di un Sistema così concepito è che esso È ALTAMENTE, O MEGLIO TOTALMENTE, DISEDUCATIVO la dove i presupposti della prevenzione e della crescita culturale della popolazione venivano e vengono sbandierati come fondanti il Servizio Sanitario stesso. Questo non accade nel rapporto Medico/Paziente all’interno delle strutture ospedaliere e/o ambulatoriali del SSN dove le relazioni risentono delle dinamiche proprie delle **“Istituzioni totali”**, come è ormai noto e ampiamente documentato: il Medico è l’Istituzione stessa e, in quanto tale, creduto e rispettato e non messo in discussione anche là dove potrebbe

o dovrebbe essere. Usando una metafora per descrivere l'incongruenza tra un Servizio Sanitario funzionale e democratico nel suo impianto generale e le difficoltà e i fallimenti delle relazioni con il proprio terapeuta a livello della medicina di famiglia, possiamo pensare a quanto accade nelle leggi della fisica dove la Teoria della Relatività costituisce un'adeguata e plausibile risposta nel descrivere i fenomeni della fisica astronomica mentre è necessario ricorrere alle Leggi della Meccanica Quantistica per descrivere i fenomeni che avvengono a livello delle particelle elementari. Ma le Leggi che regolano la Medicina di Famiglia hanno cercato invano di conciliare *la contraddizione tra la liberalità di una scelta "vera" e il riconoscimento del ruolo Istituzionale del Medico di Famiglia oltre l'autorevolezza che ciascun Medico cerca di guadagnarsi faticosamente sul campo*. Vi sono molte probabilità che anche quelle in fieri siano destinate a perpetrare ambiguità e fallimenti. *Democrazia e liberalismo* si trovano quindi a confliggere ma trovano nella classe politica e nei gruppi di potere un puntello: più richieste, più esami, **più convenzioni pilotate con il privato** (tipico "Segreto di Pulcinella" di cui poco o niente si parla), meno scontento sociale ma anche meno salute, soprattutto mentale, e meno crescita culturale della popolazione. SIAMO UNA SOCIETÀ MALATA BASATA SUL CONSUMISMO SANITARIO E LA LONGEVITÀ AMPIAMENTE ASSICURATA, MA SPESSO SENZA UN'ADEGUATA QUALITÀ DELLA VITA, È UN ULTERIORE ELEMENTO

DI ANGOSCIA SOCIALE.

Forse anche per questo motivo i giovani se ne vanno.

"Eppure i Preti e i Giudici consigliano di allevare la prole dove non c'è sole ma soltanto crepuscolo..." (Da Antologia di Spoon River) Le possibili soluzioni ad una sì fatta distorsione non possono che essere Istituzionali. Le Regioni hanno tutto il potere per poter intervenire e legiferare in materia, solo se lo volessero, nei limiti dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale che per fortuna, come sempre, è e sarà sufficientemente ambiguo da lasciare aperte tutte le possibilità:

A) Si sceglie la strada del liberismo vero: (auspicabile ma difficilmente praticabile)

1. IL Cittadino si rivolge a chi vuole, scegliendo in un elenco di Professionisti Convenzionati, pagando e ottenendo un parziale rimborso dal Servizio Sanitario come avviene in quella francese (migliore del nostro) e pagando senza gli artifici delle esenzioni, giuste o finte che siano, parte delle prestazioni
2. Revocare al MMG il compito di fiscalità nel caso dei certificati di malattia e altre incombenze burocratiche
3. Introdurre un ticket sull'accesso all'ambulatorio del Medico di Famiglia
4. Introdurre un ticket sulle visite domiciliari (assolutamente necessario e auspicabile)

B) Si procede verso un rafforzamento del "Ruolo Istituzionale" del Medico di Famiglia

1. *Assicurare una Tutela Istituzionale* attraverso il loro inserimento presso i Centri di Salute (CCdS) come avveniva per i Medici Condotti che nessuno si sognava di contestare
 2. *Svincolare progressivamente il MMG dal ricatto del numero delle scelte* pagandolo indipendente da queste e integrando il compenso per il lavoro svolto anche nei CCdS oltre che nel proprio ambulatorio come è previsto dalla Bozza dell'ACN che prevede il Ruolo unico aprendo ad integrazioni funzionali ed organizzative facendo sì che la "libera scelta" sia tale e non vincolata a ricatti morali e materiali
- C) *Auspicabile una forma ibrida per rientrare nei costi e per salvaguardare e tutelare la professionalità e l'indipendenza economica del Medico di Famiglia*

Un'ultima considerazione. Se il MMG è parte integrante del SSN e porta di accesso al sistema stesso egli non può operare da solo ma deve essere parte di un Sistema integrato ed inserito in una "Rete di relazioni e di scambi di informazioni", non di meno, avere un adeguato supporto materiale ed economico per far funzionare al meglio il suo Studio anche qui *a prescindere dal numero delle scelte*. Lo Studio del Medico di Famiglia non è, come da più parti si vuol far credere, un ambulatorio privato: *di privato ci sono solo i costi*. Esso è parte integrante dell'organizzazione del SSN e come tale è percepito e vissuto dalla popolazione. La rete dei MMMMG sono le fondamenta del

nostro Servizio Sanitario e non si può lasciare l'iniziativa dell'organizzazione ai singoli medici o a gruppi di essi, come da più parti si ventila scimmiottando il sistema inglese, ***non già per una becera e antistorica visione statalista, bensì per assicurare a tutta la popolazione un reale diritto all'accesso e alla qualità delle cure*** cosa che non verrebbe assicurata se vi fosse una sperequazione organizzativa e funzionale tra i MMMG stessi. La situazione precipiterebbe ancor più se venisse affidato alle AFT un budget da gestire: i MMMG passerebbero il tempo a "far di conto" cercando di risparmiare al meglio per aumentare (giustamente) i propri introiti, con l'inevitabile ulteriore caduta della qualità dell'assistenza. *Di nuovo un conflitto tra democrazia e liberalismo ma la Costituzione parla chiaro il Diritto alla salute è e deve essere uguale per tutti.*

Dott. Paolo Papi

Medico di Medicina Generale

SEGRETERIA REGIONALE CISL MEDICI -
REGIONE UMBRIA - INTESA SINDACALE

Bibliografia

Alexis de Tocqueville, *Un ateo liberale. Religione, politica, società*. A cura di P. Ercolani, Dedalo Editore, 2008.

Elias Canetti, *Potere e Sopravvivenza*, Adelphi, 1974

Elias Canetti, *Massa e Potere*, Adelphi, 1981

Greene Brian, *La trama del cosmo, Spazio, tempo, realtà*, Einaudi Editore 2004, Torino.



ALCUNE CAUSE DI UN OSPEDALE MENO “CORTESE”

Prof. Fortunato Berardi

Un tempo c'erano i “baroni” e le loro dinastie, il valore delle cattedre, un certo clientelismo; ma tra i malati e le istituzioni scorreva un feeling umanitario.

Molti ricordano con nostalgia il vetusto ospedale civile, non lontano dalla propria abitazione, generalista e pletorico, ove ciò che non era al massimo dell'efficienza si riteneva doveroso ascrivere alla limitatezza della natura umana.

Il cittadino malato tollerava di buon grado il prezzo da pagare, funzionalmente, in cambio dell'interesse che gli veniva dedicato da quella benefica istituzione.

Viene subito da paragonare quel compromesso con l'attuale concezione dell'assistenza socio-sanitaria, che ha assunto come modello le leggi aziendali, con una crescente quantità e specificità dei servizi, dei quali non sempre può garantire una migliore qualità; sottoposti, come sono, al calcolo economico ed al risparmio. Dimenticando, a quanto pare che il “vero profitto” è sempre la guarigione ed il benessere dei malati.

Naturalmente, è proprio questo il

punto debole del sistema, perché vengono ad affievolirsi simultaneamente principi e strategie, le quali condizionano sospetti, prove, denunce, azioni risarcitorie, richiesta di indennizzi.

Di fronte al dilagare di un utilitarismo sfrenato s'impone un nuovo confronto tra umanesimo, scienza e tecnologia.

Il filosofo tedesco Heidegger si chiedeva “chissà quando disporremo di una vita che corrisponda all'essenza della tecnica” ed aggiungeva che tutto tende a riconoscersi nel massimo funzionamento, permettendo alla tecnica di strappare e sradicare l'uomo da se stesso.

Verosimilmente, pare volesse sostenere che ormai abbiamo rapporti esclusivamente tecnici, persino con i diritti ed i doveri (S. Zavoli, QN, 12-04-2010).

Effettivamente, un pericolo imminente è quello di uno scientismo malinteso, che sfugge alle norme etiche. Uno sviluppo sanitario incontenibile è stato costretto, dalla rapidità attuativa, a bypassare molte regole, anche civili e morali.

Cose che un tempo sembravano virtuose, come il “ringraziamento” in ospedali di provincia per mezzo di piccoli manifesti affissi alle vicinanze del nosocomio, quale riconoscenza per quanti si erano prodigati per un loro congiunto, oggi sono quasi risibili.

Un famoso chirurgo di un tempo andato, aveva segnalato addirittura nei suoi biglietti da visita a guisa di garanzia, che oltre “duecento volte era stato elogiato in pubblici affissi” (citato da S. Zavoli).

Certamente, quelli erano periodi di supremazie, di privilegi e di soggezione.

In sanità c'erano i baroni, con le loro dinastie, il clientelismo, anche se meno di oggi, il valore economico e professionale delle cattedre, la suditanza dei pazienti, la marginalità delle sigle aziendali e via così; ma

qualcosa di più umano “aleggiava” allora nel rapporto tra i cittadini malati e “l'ospedale civile”, inquadrato, attualmente, nelle algide aziende sanitarie.

Insomma, si tende a ritenere che un aumento tumultuoso del benessere, con una crescente civiltà complessiva e costi elevati della tecnologia, genera i più gravi squilibri umanitari proprio nell'organizzazione dei moderni servizi socio-assistenziali, penalizzandoli.

Comunque, una ragione deve pur esserci se tra i cittadini europei siamo tra i meno entusiasti e decisamente amareggiati a causa della propria sanità, soprattutto per la massima negatività delle liste di attesa sanitaria, interminabili e disumane; nonostante che la sanità aziendale sia ritenuta pesantemente responsabile di un deficit economico abissale.

ATTENZIONE

È giunta all'Ordine la segnalazione di una nuova iniziativa a nome della “**EuroMedi - European Medical Directory**” che consiste nell'invio, a tutti gli iscritti, di una richiesta di “aggiornamento dati” da sottoscrivere ed inviare attraverso la compilazione di un modulo.

Tale iniziativa risulta essere del tutto simile a quella ben nota del **Registro Italiano dei Medici**.

Si invitano, pertanto, tutti gli Iscritti a NON SOTTOSCRIVERE la modulistica di cui sopra.



IL VENERABILE VITTORIO TRANCANELLI È TORNATO IN OSPEDALE

Dott. Fausto Santeusanio

Il 2 luglio u.s. è tornato nell'Ospedale S. Maria della Misericordia Vittorio Trancanelli accolto con tutti gli onori da una grande folla di ex-pazienti, medici, infermieri, tanti amici e più semplicemente da tanti cittadini attratti dalla sua fama.

Se ne era andato nel 1998 tra grandi sofferenze dopo una breve ed inguaribile malattia, lasciando il ricordo di un medico del nostro Ospedale dedicato al suo lavoro di chirurgo, che aveva svolto sempre nell'esclusivo interesse dei suoi malati con intelligenza, passione ed impegno, illuminato dalla Fede e non attratto dalla carriera né dai guadagni.

Nel 1976, all'età di 32 anni, superò un intervento chirurgico all'addome eseguito dal suo primario prof. Ugo Mercati in condizioni drammatiche e da allora sino al 1998 continuò la sua esistenza accompagnato da una ileostomia e dai disagi conseguenti. Era una condizione che si teneva per sé nella sua consueta riservatezza,

come "una spina nel fianco".

Padre esemplare, insieme alla moglie Lia Sabatini ha accolto in affidamento nella sua famiglia, fra gli anni '80 e i primi anni '90, bambini in grave disagio sociale, fornendo loro una educazione solida e garantendo la formazione scolastica e tutto il necessario per prepararli ad affrontare le sfide della vita.

E con sua moglie c'è riuscito bene, mosso dal sentimento della accoglienza come esigenza biblica di giustizia.

Questi bambini nel frattempo sono diventati adulti, hanno creato proprie famiglie, quasi tutti hanno un lavoro stabile e sono rimasti profondamente legati all'esperienza vissuta in casa Trancanelli.

Prima della sua morte insieme con sua moglie Lia ed altri amici era stato l'ispiratore dell'Associazione "Alle Querce di Mamre" destinata all'accoglienza di mamme immigrate con i loro bambini in grave difficoltà per

motivi economici, sociali e spesso anche di salute.

L'Associazione a distanza di 20 anni svolge ancora un ruolo significativo secondo le finalità originarie a sostegno della Caritas diocesana.

La Chiesa Perugina, dopo un processo durato alcuni anni e la raccolta di numerose testimonianze, ha riconosciuto l'eroicità delle virtù cristiane di Vittorio ed ha affidato il giudizio finale alla Congregazione per le Cause dei Santi attraverso una commissione di 9 teologi.

Così nel mese di febbraio u.s. sulla base delle conclusioni con voto affermativo di tutti i membri della commissione, Papa Francesco ha promulgato il decreto con cui Vittorio Trancanelli è proclamato Venerabile, passo fondamentale verso la beatificazione.

Questo significa che per la Chiesa Cattolica Vittorio Trancanelli ora può essere oggetto di culto.

A Perugia un evento del genere non accadeva da secoli.

L'Ordine dei Medici di Perugia, rappresentato per l'evento del 2 luglio, fra le autorità presenti, anche dal suo presidente dott. Graziano Conti, deve essere orgoglioso di questo collega che può essere considerato un modello di medico esemplare per cia-

scuno di noi nell'impegno quotidiano di vita professionale e familiare.

Non è impossibile imitarlo perché era una persona che faceva cose ordinarie, ma le faceva proprio bene. La presenza delle sue spoglie in un sarcofago predisposto nella Cappella dell'Ospedale S. Maria della Misericordia in Perugia potrà essere l'occasione per malati, medici, infermieri ed altri operatori sanitari per ricordare con gratitudine le virtù di Vittorio Trancanelli e, per chi crede, affidarsi a lui con la preghiera.

ARCHIDIOCESI DI PERUGIA - CITTA' DELLA PIVE

Solenne Traslazione delle spoglie mortali del

**Venerabile Servo di Dio
Vittorio Trancanelli**

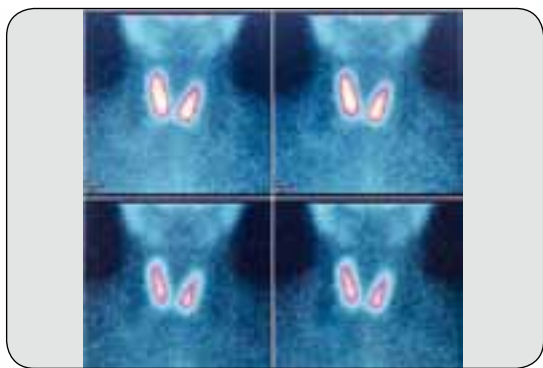
Domenica 2 luglio 2017
Ore 16 dalla Chiesa di San Sisto

Programma

- ore 16.00
Missia trionfante del Signore della Chiesa di San Sisto alla Cappella dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia
101 - Lacugnolo - via Tagliacozzi - via Donatori - via Martiri 28 Maggio
- ore 17.00
Traslazione delle spoglie mortali all'interno della cappella
- ore 17.30
Celebrazione Eucaristica presieduta da Sua Eminenza Rev. MOSS. Il Card. Guelfiero Bassani
Apostolici di Perugia - Città della Pieve
- ore 18.30
Venerazione da parte dei fedeli

www.cittadellaieve.it
www.vittoriotrancanelli.it

Protettore della cassa di Cassinazione
Sig. Enrico Salinas 3094001794



NOVITÀ IN TEMA DI GESTIONE CLINICA DEI NODULI TIROIDEI

Dott. Efisio Puxeddu

IL PROBLEMA CLINICO

Noduli tiroidei si riscontrano alla palpazione in circa il 4-7% della popolazione. Se però sono cercati con l'ecografia, una tecnica molto più sensibile rispetto alla palpazione, si rilevano nel 19-67% della cittadinanza anche prendendo in considerazione persone senza sospetto di malattia tiroidea. Pertanto l'accesso sempre più frequente a tecniche di imaging del collo, vedi ecodoppler carotideo, ha portato ad un incremento epidemico dei cosiddetti "incidentalomi" tiroidei (1).

Nella diagnosi differenziale delle lesioni a localizzazione tiroidea vanno considerate patologie dell'organo quali i noduli tiroidei benigni, i noduli tiroidei maligni, la tiroidite subacuta e la tiroidite cronica linfocitaria, ma anche condizioni non tiroidee quali i disordini infiltrativi, vedi emocromatosi, le metastasi, le cisti paratiroidee, i lipomi e i paragangliomi.

Ovviamente il problema clinico rilevante è rappresentato dalla diagnosi differenziale tra le lesioni maligne e quelle benigne. Per cercare di capire la dimensione del problema è utile confrontarsi con qualche dato epidemiologico.

Dagli studi autoptici emerge chiaramente che circa 5 noduli ogni 100 sono maligni (5%). Considerando che la sensibilità dell'ecografia tiroidea è equiparabile a quella dell'esame istologico dell'organo possiamo stimare che anche il 5% dei noduli che riscontriamo con questa tecnica siano maligni. Pertanto i tumori maligni rappresentano una minoranza dei noduli che diagnosticiamo.

Tuttavia il problema può essere ulteriormente espanso in senso riduttivo. In effetti, la prevalenza di carcinomi maligni della tiroide clinicamente significativi è molto più bassa rispetto al 5% e corrisponde a circa 5 neoplasie di questo tipo ogni 1000 noduli (0,5%). Pertanto l'ecografia tiroidea ci porta probabilmente a individuare in 9 casi su 10 delle neoplasie maligne che sarebbero restate silenziose per tutta la vita del paziente.

In conclusione, considerando l'elevata prevalenza dei noduli tiroidei e il diffuso uso dell'ecografia della ghiandola, stiamo assistendo a un drammatico eccesso di diagnosi e di sovra-trattamenti dei tumori tiroidei. Negli ultimi 30 anni l'incidenza dei carcinomi della ghiandola, soprattutto dell'istotipo papillare, è in effetti triplicata arrivando a valori pari a 14

nuovi casi per 100.000 abitanti anno, a fronte di una assoluta stazionarietà della mortalità, e se si continuasse a scandagliare in profondità il serbatoio di patologia subclinica esistente, questi numeri sono destinati ad aumentare come è già avvenuto in alcune parti del globo, vedi la Corea del Sud (2).

Alla luce di quanto detto emerge chiaramente che vi sia la necessità di fare un passo indietro per provare ad arginare l'attuale realtà delle sovra-diagnosi nell'ambito della patologia nodulare tiroidea maligna.

Tuttavia aumento d'incidenza dei noduli tiroidei significa soprattutto aumento d'incidenza di quelli benigni. Cosa deve essere fatto per questi ultimi? La risposta più corretta a questo quesito viene dall'analisi della storia naturale di queste lesioni. Nel 2015 è stato pubblicato il primo studio osservazionale, prospettico, multicentrico, in cui sono stati seguiti per 5 anni 992 soggetti affetti da 1.567 noduli tiroidei risultati benigni all'agoaspirato (3). Il dato clamoroso è stato che solo il 15% dei noduli ha presentato un accrescimento, mentre il 66% è rimasto stabile nelle dimensioni e un 19% ha presentato addirittura una riduzione di volume.

Nel corso dello studio i micronoduli di diametro \leq a 7,5 mm non hanno presentato mai un aumento volumetrico e solo in 5 noduli su 1.567 (0,3%) la diagnosi di benignità è stata cambiata con una di malignità in seguito a ripetizione dell'agoaspirato (2 erano noduli in accrescimento).

Da quanto detto emergono chiaramente dei nuovi paradigmi per la

valutazione dei noduli tiroidei: 1) non vi è necessità di stressare la diagnosi e il trattamento dei microcarcinomi tiroidei; 2) i noduli tiroidei benigni crescono infrequentemente; 3) la trasformazione maligna di noduli etichettati in precedenza come benigni è rara o eventualmente legata ai rari falsi negativi dell'esame citologico benigno; 4) i noduli di diametro \leq a 7,5 mm sono generalmente stabili.

Alla luce di tutto ciò, è essenziale sviluppare delle nuove strategie per la diagnosi e la terapia dei noduli tiroidei, affidabili e con rapporto costo-beneficio favorevole, che tengano conto di chi monitorare e di come monitorare la patologia, di quando escludere la natura maligna di un nodulo, di evitare trattamenti non necessari e di individuare i pazienti che necessitano di interventi successivi.

WORK-UP DEL NODULO TIROIDEO

Nel work-up del nodulo tiroideo vanno considerati in sequenza i seguenti elementi: anamnesi e valutazione clinica, test di laboratorio, scintigrafia, ecografia, citologia da agoaspirato con ago sottile (FNA).

Anamnesi e valutazione clinica

Tra gli elementi clinici che aumentano il rischio che un nodulo sia maligno vanno considerati: riscontro di un carcinoma differenziato della tiroide (DTC) in almeno un familiare di primo grado, anamnesi positiva per esposizione a radiazioni ionizzanti in età pediatrica, storia personale o familiare di MEN 2 o di carcinoma midollare della tiroide (MTC) familiare,

uptake focale tiroideo di 18F-FDG, calcitonina > 50-100 pg/ml, presenza di linfadenopatia latero-cervicale, crescita progressiva del nodulo, riscontro di disfonia o disfagia persistenti, consistenza dura e/o fissità della lesione. Va però detto che l'accuratezza diagnostica soprattutto dei segni e sintomi è limitata.

Esami di laboratorio

Per quanto riguarda gli esami di laboratorio, in tutti i pazienti affetti da noduli tiroidei va sempre richiesto almeno un dosaggio del TSH, se possibile con protocollo "reflex", che prevede la valutazione a cascata anche di FT4, FT3, Ab anti-TPO, se ci sono delle alterazioni del TSH.

Un altro parametro da considerare è la calcitonina, anche se in questo caso il problema dell'utilità clinica rimane controverso. In effetti, le linee guida dell'American Thyroid Association (ATA) non raccomandano né a favore né contro il dosaggio di questo parametro (4).

Al contrario le linee guida della European Thyroid Association ne raccomandano la misurazione routinaria (5). È invece parere comune che non abbia alcuna utilità misurare in modo routinario tireoglobulina e Ab anti-TPO nei pazienti affetti da noduli tiroidei.

Scintigrafia tiroidea

Il 10% dei noduli è caratterizzato da un'iperproduzione di ormoni tiroidei e risulta funzionalmente autonomo, con soppressione del TSH e scintigrafia tiroidea che ne documenta l'ipercaptazione del tracciante (no-

duli caldi). Il restante 90% dei noduli tiroidei è caratterizzato invece da una riduzione della produzione di ormoni tiroidei e risulta ipocaptante alla scintigrafia (noduli freddi). La distinzione è importante poiché il rischio di malignità è < all'1% nei noduli caldi e pari al 5-10% in quelli freddi. Pertanto una scintigrafia tiroidea con 123I o 99mTc è indicata laddove si riscontrano una soppressione dei livelli di TSH per confermare l'autonomia funzionale di uno o più noduli. La presenza di un nodulo caldo può permettere di evitare l'esecuzione di una FNA.

Ecografia tiroidea

L'ecografia tiroidea rappresenta l'esame gold standard per valutare la morfologia della tiroide tanto da essere definita scherzosamente "lo stetoscopio dell'endocrinologo".

In particolare è utile per l'individuazione e la prima misurazione delle dimensioni dei noduli tiroidei al tempo zero, per l'identificazione di noduli aggiuntivi a quelli definiti dalla palpazione dell'organo, per la caratterizzazione dei noduli, esistendo dei reperti di sospetta malignità, per lo studio dei linfonodi loco-regionali e per guidare l'esecuzione della FNA. Tra gli elementi di sospetto dell'ecografia dei noduli tiroidei vanno ricordati la composizione solida, l'ipoecogenicità, la forma "taller than wide" in scansione trasversale (diametro antero-posteriore > del latero-laterale), i margini irregolari, le microcalcificazioni, la vascolarizzazione intranodulare e caotica all'eco-color-doppler, la presenza di linfonodi la-

tero-cervicali sospetti (6). In effetti, l'ecostruttura solida di un nodulo è associata ad un odds ratio diagnostico (DOR) medio per la malignità pari a 6,8; al contrario la composizione spongiforme o completamente liquida è associata ad un DOR medio per la benignità che è rispettivamente di 12 e 6,8.

Allo stesso modo l'ipoecogenicità (rispetto al parenchima circostante normale), indicativa di una ricca cellularità della lesione, presenta un DOR medio per la malignità di 4,5, mentre l'ecogenicità equivalente a quella del parenchima tiroideo normale ha un DOR medio per la benignità di 3,6. Una conformazione "taller than wide" ha un DOR medio per la malignità di 11,1, molto superiore a quella della conformazione "parallela" (al diametro longitudinale del lobo) associata generalmente alla crescita benigna. I margini irregolari del nodulo si associano ad un DOR medio per la malignità di 6,9, mentre le microcalcificazioni ad un DOR medio per la malignità di 6,8.

La valutazione della vascolarizzazione del nodulo con l'eco-color-doppler ha oggi un'importanza marginale a causa del grande guadagno di sensibilità nella rilevazione dei flussi sanguigni, ottenuta con gli apparecchi di nuova generazione, che non permette più di distinguere in modo netto la ricca vascolarizzazione da quella povera. In effetti, una vascolarizzazione assente o solo periferica (tipi I e II) si associa ad un DOR medio per la benignità di 3, mentre la vascolarizzazione peri- ed intranodulare, anche se disordinata, si associa ad un DOR

medio per la malignità di 1,8. Infine la malignità va considerata se al nodulo si associano linfonodi loco-regionali sospetti, caratterizzati da una forma rotondeggiante, dalla perdita dell'ilo iperecogeno, da calcificazioni, da aree di necrosi, da una vascolarizzazione caotica e soprattutto da una tessitura tissutale sovrapponibile a quella del nodulo.

L'analisi sistematica degli elementi sopra menzionati ha portato alla creazione di sistemi di stratificazione del rischio basati sui pattern ecografici rilevati.

Tra questi il sistema proposto dall'ATA, corredato di una ricca iconografia di casi tipici, risulta particolarmente pratico (4). In dettaglio viene suggerita la stratificazione dei noduli in 5 raggruppamenti: con sospetto alto (con un rischio di malignità del 70-90%), con sospetto intermedio (con un rischio di malignità del 10-20%), con sospetto basso (con un rischio di malignità del 5-10%), con sospetto molto basso (con un rischio di malignità < 3%) e benigno (con un rischio di malignità < 1%).

Agoaspirato tiroideo

La metodica più sensibile e con profilo costo-beneficio più favorevole per definire la natura dei noduli e la necessità di eseguire un trattamento chirurgico è però rappresentata dalla FNA della lesione.

Essa prevede il prelievo di materiale citologico dal nodulo utilizzando aghi sottili di 22-27 gauge sotto guida ecografica. Sono suggeriti da 2 a 5 passaggi per nodulo.

Al fine di arginare l'epidemico incre-

mento delle sovradiagnosi, soprattutto dei microcarcinomi papillari (diametro < 10 mm), le linee guida dell'ATA indicano dei cut-off dimensionali per l'esecuzione della FNA abbastanza conservativi: sospetto ecografico alto, FNA raccomandata quando nodulo ≥ 10 mm; sospetto ecografico intermedio, FNA raccomandata quando nodulo ≥ 10 mm; sospetto ecografico basso, FNA raccomandata quando nodulo ≥ 15 mm; sospetto ecografico molto basso, FNA da considerare quando nodulo ≥ 20 mm; benignità, no FNA. Alcune linee guida, quali quelle dell'American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology e Associazione Medici Endocrinologi, sono meno conservative e raccomandano l'esecuzione dell'agoaspirato anche nei noduli sospetti di diametro ≤ 10 mm laddove vi sia evidenza o rischio di invasione capsulare (noduli sottocapsulari) o tracheale (noduli posti in vicinanza o adiacenza alla trachea) (7).

Il materiale citologico prelevato viene strisciato su vetrino o inoculato in una soluzione fissativa per successivo allestimento di preparato con la tecnica del cytospin. I preparati vengono quindi colorati e sottoposti ad analisi microscopica da parte dell'anatomo-patologo.

Quest'ultima permette l'assegnazione del campione ad una categoria nell'ambito di una serie di categorie diagnostiche. Il sistema di classificazione citologica più utilizzato in Italia è quello recentemente proposto dalla SIAPEC-IAP (8) che prevede le seguenti categorie: Tir1 - non diagno-

stico per la mancanza di un numero adeguato di raggruppamento tireocitari (almeno 6, composti ciascuno da almeno 10 cellule ben conservate), con rischio di malignità non noto (insieme al Tir1C rappresenta fino al 15% dei casi); Tir1C, dove C sta per lesione cistica, con rischio di malignità sicuramente basso; Tir2 - Non maligno/Benigno, con rischio di malignità intorno allo 0-3% (60-75% dei casi); Tir3A - Lesione indeterminata a basso rischio, con rischio di malignità del 5-15% (7-15% dei casi); Tir3B - Lesione indeterminata ad alto rischio, con rischio di malignità del 15-30% (7-15% dei casi); Tir4 - Sospetto per malignità, con rischio di malignità del 60-75%; Tir5 - Maligno, con rischio di malignità del 97-99% (insieme al Tir4 rappresenta il 3-6% dei casi). Se non ci sono dubbi su come considerare le diagnosi Tir2, Tir4 e Tir5, qualcosa di più va detto per il Tir1 e per le categorie Tir3. Nel caso di una citologia non diagnostica la raccomandazione è di ripetere almeno un'altra volta la manovra.

Se anche la ripetizione fallisce, si deve scegliere tra il follow-up attento o l'asportazione chirurgica soprattutto a scopo diagnostico. Più articolata è la decisione nell'ambito dei casi Tir3A e Tir3B. Queste categorie citologiche raccolgono le così dette lesioni follicolari che includono sia gli adenomi follicolari benigni che i carcinomi follicolari e la variante follicolare del PTC maligni. Queste lesioni non sono distinguibili dal punto di vista citologico e ciò che fa la differenza tra benigno o maligno è l'assenza o la presenza di invasione capsulare

e vascolare, caratteristiche rilevabili solo all'esame istologico post-chirurgico.

Uno sforzo è stato fatto per stratificare le lesioni follicolari in basso rischio, Tir3A, e alto rischio, Tir3B. Nel primo caso il rischio di malignità basso (5-15%) consente una posizione attendista con ripetizione dell'agoaspirato dopo 6 mesi e follow-up stretto.

Nel secondo caso, invece, il rischio di malignità più consistente (15-30%) impone di eseguire quantomeno una lobectomia diagnostica. Da quanto detto si evince che la citologia da FNA dei noduli tiroidei è gravata da una relativa inaccuratezza soprattutto a livello delle categorie Tir3A, Tir3B e Tir4. La domanda è pertanto se esistano strumenti per superare questo difetto di performance della metodica.

Studio dei profili genetici/genomici dei noduli tiroidei

La risposta è sì ed è stata individuata nello studio dei profili genetici/genomici dei noduli. Premettendo che in Italia per motivi di costi e di organizzazione del sistema sanitario queste nuove metodologie non sono ancora considerate nella pratica clinica, oltre-oceano sono disponibili almeno due approcci diversi al problema, che stanno entrando prepotentemente nella flow-chart diagnostica delle lesioni indeterminate. Il primo approccio, denominato ThyroSeq v.2.1, prevede la ricerca sul materiale prelevato con la FNA di centinaia di mutazioni geniche riscontrate nei carcinomi della tiroide (9). Il test è dotato di un elevato valore predittivo

negativo nei campioni Tir3A (97%) e Tir3B (96%) e di un elevato valore predittivo positivo nei campioni Tir4 (95%).

Questo significa che è dotato del potere di individuare con grande accuratezza le lesioni benigne, che non necessitano di chirurgia, nell'ambito di quelle indeterminate (rule out), e di riconoscere con grande certezza quelle maligne, che devono essere trattate, nell'ambito dei noduli sospetti (rule in).

L'altro approccio, denominato "Classificatore dell'espressione genica" Afirma (il nome della compagnia che lo ha sviluppato), permette di comparare il profilo di espressione di 167 geni del materiale citologico con uno di riferimento indicativo della benignità del nodulo (10). Il test permette di identificare la "firma" genomica di benignità con un valore predittivo negativo del 95% nelle lesioni indeterminate.

Questo significa che anche questo test è dotato del potere di individuare con grande accuratezza la gran parte delle lesioni benigne, che non necessitano di chirurgia, nell'ambito di quelle indeterminate (rule out). Secondo i calcoli di Afirma il test permetterebbe di riclassificare come benigno il 50% delle lesioni indeterminate.

CONCLUSIONI

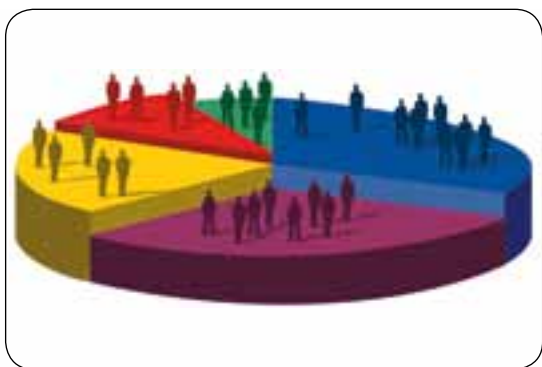
Una volta definita la natura del nodulo, la gestione chirurgica delle lesioni maligne o indeterminate a più alto rischio è lineare. Più articolata è la gestione dei frequenti noduli Tir2.

Se si sceglie il follow-up, in generale l'ecografia tiroidea andrebbe ripetuta ogni 12-24 mesi (talvolta ogni 24-48 mesi potrebbe essere sufficiente). Nei casi sospetti l'ecografia andrebbe invece ripetuta più frequentemente, per esempio ogni 6-12 mesi. In caso di aumento volumetrico > 50% o incremento di due dimensioni $\geq 20\%$ (≥ 2 mm) andrebbe ripetuta una FNA. La chirurgia dei noduli benigni andrebbe invece praticata se il nodulo è maggiore di 4 cm e in presenza di fenomeni compressivi o di una storia di irradiazione del collo in età pediatrica. Tutte le linee guida sottolineano che ormai non c'è più indicazione al trattamento con ormoni tiroideo dei noduli benigni di pazienti biochimicamente eutiroidei. In presenza di un nodulo benigno caldo il management prevedrà invece l'osservazione o la chirurgia o la terapia radiometabolica con ^{131}I , in funzione dell'entità dell'ipertiroidismo, dell'età del paziente e delle dimensioni della lesione.

La figura 1 presenta una flow-chart conclusiva sulla gestione clinica attuale dei noduli tiroidei.

Bibliografia

1. Burman KD, Wartofsky L. Thyroid nodules. *N Engl J Med* 2015, 373:2347-2356.
2. Vaccarella S et al. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med* 2015, 375:614-617.
3. Durante C et al. The natural history of benign thyroid nodules. *JAMA* 2015, 313:926-935.
4. Haugen BR et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2016, 26:1-133.
5. Pacini F et al. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol* 2006, 155:385.
6. Brito JP et al. The accuracy of thyroid nodule ultrasound to predict thyroid cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2014, 99:1253-1263.
7. Gharib H et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules - 2016 update. *Endocr Pract* 2016:622-639.
8. Nardi F et al. Italian consensus for the classification and reporting of thyroid cytology. *J Endocrinol Invest* 2014, 37:593-599.
9. Nikiforov YE et al. Impact of the multi-gene Thyroseq next-generation sequencing assay on cancer diagnosis in thyroid nodules with atypia of undetermined significance/follicular lesion of undetermined significance cytology. *Thyroid* 2015, 25:1217-1223.
10. Alexander EK et al. Preoperative diagnosis of benign thyroid nodules with indeterminate cytology. *N Engl J Med* 2012, 367:705-715.



POVERI EPIDEMIOLOGI: LA STATISTICA È IN CRISI

Dott. Marco Petrella

La battaglia sulle vaccinazioni, tra le tante contraddizioni che ha messo in luce, ha anche evidenziato la crisi di autorità di quella che in tempi recenti si era affermata come la base della produzione scientifica.

In un lontano passato i simboli della ricerca scientifica medica, e non solo, erano stati il microscopio e la provetta), che dovevano evocare la osservazione più approfondita possibile degli esseri viventi. Ma, negli ultimi decenni, si sono affermati le tabelle e i grafici, con il loro corredo di indicatori statistici, che decretano il livello di attendibilità di quanto osservato nel corso di esperimenti che coinvolgono i famosi campioni di adeguata entità.

Come è allora potuto succedere che si mettessero a confronto, in uno spirito di par condicio che qualcuno ha ritenuto scandaloso, le indicazioni della OMS e il parere di comitati di cittadini?

Questo scontro tra interlocutori tanto asimmetrici si è presto dimostrato di tale impatto che, ad un certo punto, la polemica sulle vaccinazioni è stata affiancata quasi alla pari da quella sul credito assoluto di cui dovrebbe godere il dato scientifico e la sua base statistica, cioè epidemiologica.

Un aiuto a ragionare mi è venuto da un articolo pubblicato dal “The Guardian” il 19 gennaio 2017.

(<https://www.theguardian.com/politics/2017/jan/19/crisis-of-statistics-big-data-democracy>), intitolato “How statistics lost their power – and why we should fear what comes next”.

Non mi incarico qui di tradurlo né di farne una adeguata sintesi. Mi limito a riportarvi ciò che sono riuscito a capire, tra gli inciampi d’un Inglese giornalistico che mi resta ostico.

Intanto l’articolo ci ricorda (ma guarda un po’ se mi dovevo far precedere da un Inglese) che “statistica” (dal tedesco “statistik”) richiama l’interesse degli Stati a conoscere e a riassumere le principali caratteristiche del proprio territorio e delle popolazioni che lo abitano.

Uno strumento quindi che dall’alto viene usato per ottenere un’immagine riassuntiva molto utile, ma nella quale molti non troveranno citati quegli elementi che loro non possono non ritenere veri, ma che sono rari, o sporadici, o mescolati ad altri ritenuti simili.

Quindi parliamo di uno strumento che sin dalle origini si assumeva il

rischio di dare una immagine della realtà secondo un certo punto di vista sintetico e selettivo, fornendo in cambio delle rappresentazioni che permettevano di ragionare e prendere decisioni meno avventate o auto-referenziali.

Cosa oggi fa pensare di poterne fare a meno e di avventurarsi nel mondo delle post-verità?

Ricordiamoci che dall'Illuminismo in poi, passando per lo sviluppo dei commerci e la rivoluzione industriale, è stato tutto un crescere di importanza e diffusione del metodo statistico: mettere dati per riga e per colonna e trasformarli in indicatori e grafici è stata la via maestra per tutti coloro che volevano far prevalere la ragione sulle impressioni.

Di tutti gli indicatori elaborati il più potente e riassuntivo è stato il PIL, che ovviamente è stato anche uno dei primi, già nella seconda metà del secolo scorso, a raccogliere i primi spunti critici.

L'indicatore che riassume la salute economica di un intero paese e poi non ne sa descrivere la felicità (secondo il famoso discorso tenuto da J. F. Kennedy, poco prima di essere abbattuto a fucilate.

Un altro esempio, di cui tutti conosciamo ascesa e caduta, è stato quello delle previsioni, tra tutte quelle elettorali. E qui l'analisi potrebbe essere intrigante.

Ma arriviamo al punto. Come una formazione militare resiste al fuoco in nome di una unità di interessi che va al disopra dei singoli caduti, ma

si sbanda disastrosamente al minimo cedimento di quella idea di unità, così la rilevanza e la credibilità delle statistiche non regge al processo di individualizzazione delle società: se io sto male cosa mi può importare della statisticamente certificata buona salute della popolazione a cui appartengo?

L'esempio utilizzato dall'articolo è centrato sul rapporto tra i buoni indicatori sciorinati dalla Comunità Europea e le negative esperienze di alcune categorie di cittadini europei. Vi riporto la conclusione: *"Official knowledge becomes ever more abstracted from lived experience, until that knowledge simply ceases to be relevant or credible."*

Ma ancora non è completo il quadro. Se il potere detiene il monopolio delle fonti ufficiali e dei mezzi di comunicazione, come fa il cittadino insoddisfatto a trovare altre informazioni e un mezzo per esprimersi e diffondere le informazioni di cui ritiene di essere in possesso?

Ed ecco il ruolo dei Social Media. Da un lato, enormi quantità di dati individuali raccolte in serbatoi teoricamente accessibili a tutti, certo ai più esperti e a coloro che li hanno creati. Dall'altro casse di risonanza potentissime per qualsiasi posizione oppositiva, che prometta di far giustizia della infida versione ufficiale.

Mi fermo qui, sperando di aver trasmesso alcuni degli spunti di questo interessante articolo.

Sotto mia responsabilità aggiungo questa riflessione: quanta responsabilità

- Quando nel corso di alcune dispute

scientifiche gruppi di ricerca si sono scontrati, accusandosi reciprocamente di aver commesso errori imperdonabili, o peggio lanciando l'uno contro l'altro il sospetto di interessi nascosti, mentre grandi riviste internazionali dosavano pubblicazioni più

o meno tempestive anche in nome della appetibilità della notizia, non ci si può poi arroccare sulla indiscutibilità della ricerca scientifica.

Troppo tardi, non ci siamo accorti che anche parte del pubblico ci ha ascoltato? Il toro è scappato. -



FNOMCeO COMUNICAZIONE N. 67

Legge 22 maggio 2017 n. 81 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 135 del 13 giugno 2017 è stata pubblicata la legge 22 maggio 2017 n. 81 **"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"**

Si rileva che il provvedimento presenta alcune disposizioni di particolare interesse per i medici e gli odontoiatri e per gli Ordini professionali. In particolare l'art. 9 (Deducibilità delle spese di formazione e accesso alla formazione permanente), novellando in parte l'articolo 54, comma 5 del testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 (TIUR), **rende integralmente deducibili, entro il limite annuo di 10.000 euro, le spese sostenute per l'iscrizione a master e a corsi di formazione o di aggiornamento professionale, nonché le spese di iscrizione a convegni e congressi, comprese quelle di viaggio e di soggiorno.**

Infine si sottolinea che l'art. 5 del provvedimento reca una delega al Governo per la determinazione degli atti pubblici che possono essere rimessi anche alle professioni organizzate in Ordini e Collegi professionali. Si tratta, sostanzialmente, della devoluzione agli iscritti a tali professioni di una serie di funzioni della Pubblica Amministrazione, come la certificazione, l'asseverazione e l'autentica.

La delega dovrà essere esercitata entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge e ha come finalità generali la semplificazione dell'attività delle amministrazioni pubbliche e la riduzione dei tempi di produzione degli atti pubblici.



NUOVO REGOLAMENTO APERTURA STUDI: FINALMENTE!!!

Dott. Antonio Montanari

Atteso da più di dieci anni, finalmente, a partire dal prossimo 1 Ottobre, entrerà in vigore il nuovo Regolamento Regionale, che, tra l'altro, delinea la nuova disciplina per l'apertura degli studi professionali di medici ed odontoiatri. Sarebbe troppo lungo ripercorrere tutte le tappe che hanno portato a questo attesissimo provvedimento, nonché riepilogare tutti i tentativi, ahimè infruttuosi, che, a più riprese sia l'Ordine, sia l'ANDI hanno espletato nel corso di questi anni, a livello politico ed Istituzionale. Mentre, difatti, nelle regioni limitrofe (citavamo come esempi Sansepolcro, Cagli, Orte) l'apertura di uno studio libero professionale diveniva via via più semplice, fino ad arrivare ad una semplice SCIA (Segnalazione Certificata di Inizio Attività), una sorta di autocertificazione sulla base dei requisiti previsti, in Umbria eravamo spesso di fronte a complicate, costose e poco comprensibili pastoie burocratiche. Finalmente, dunque, grazie ad una decisione di Giunta Regionale, proposta dell'Assessore alla Salute, dr. Barberini, l'Umbria si è dotata di un Regolamento che, dalle ultime "posizioni" su scala nazionale, la pone ai vertici, coniugando semplificazione ed innovazione, con tutela assoluta della salute e della sicurezza del cittadino. Da sottolineare, in proposito,

la precisa volontà dell'assessorato di procedere tramite ripetuti momenti di confronto fra regione, ASL, Ordini dei Medici CeO di Perugia e Terni ed ANDI Umbria, che hanno portato al stesura di regole tanto precise e "snelle", quanto adeguate e rigorose. Accanto, per fare degli esempi, ad un assoluto rispetto dei principi e criteri di sterilizzazione, si sancisce in maniera inequivocabile che lo studio professionale è un luogo privato, tecnicamente non aperto al pubblico (come stabilito anche da sentenze di Cassazione) e che ad esso non si applica la disciplina del DPR 14 gen. '97, ma degli adeguati criteri stabiliti dalla Giunta Regionale stessa. Significativi, dunque, il consenso ed il plauso per l'importante ed innovativo atto, da parte del mondo professionale umbro e delle Associazioni dei liberi professionisti interessati.



L'Assessore Barberini con Presidente, Esecutivo e Consiglio ANDI Umbria



TARIFFARIO MINIMO: VOGLIAMO LA REINTRODUZIONE!!!

Dott. Antonio Montanari

Colorata e “rumorosa” la presenza di ANDI sabato 13 maggio a Roma per la manifestazione unitaria “Noi liberi professionisti”.

ANDI Roma che con AIO Roma, l’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Roma per la prima volta hanno sfilato, uniti, per **chiedere la reintroduzione del tariffario minimo, l’equo compenso** per la salvaguardia della qualità delle prestazioni, **l’equità fiscale, il diritto ad una formazione qualificata di alto livello e la reintroduzione per legge dei parametri per la congruità delle tariffe.**

Per ANDI Nazionale era presente il segretario Nazionale **Nicola Esposito**.

Le categorie sono scese in piazza per ribadire che l’abolizione dei minimi ha creato un mercato professionale nel quale si tenta di indurre i professionisti ad una squalificante gara al ribasso dei compensi.

Ciò non costituisce una reale tutela della concorrenza, anzi coloro che ne rimangono maggiormente danneggiati sono proprio i giovani.

*“ANDI Roma ha aderito alla manifestazione - ha dichiarato **Sabrina***



Santaniello *Presidente ANDI Roma* - facendo cartello insieme agli avvocati, agli architetti, agli ingegneri e agli stessi medici per rivendicare l'equo compenso, in quanto nell'ultimo decennio lo scenario medico-odontoiatrico è stato stravolto dalla liberalizzazione delle tariffe che si è tradotta piuttosto che nella libera concorrenza, in uno svilimento della dignità del lavoro autonomo libero-professionale.

Vogliamo quindi chiedere il ripristino di tariffe congrue rispetto alle prestazioni sia in materia di sicurezza, correttezza e qualità, attraverso l'uso di materiali adeguati, sia per i giovani, impiegati con tariffe di bassa manovalanza e sfruttati dalle catene low-cost del dentale”.

*“Una battaglia sulla reintroduzione del tariffario minimo - ricorda il Presidente ANDI **Gianfranco Prada** - che non deve essere letta come una battaglia corporativa ma per tutelare la salute dei cittadini. Il tariffario minimo per le prestazioni odontoiatriche, consentirebbe ai pazienti che hanno*

sempre più bisogno di cure, oggi in balia dei messaggi pubblicitari scorretti che offrono terapie indicando tariffe impossibili o ancora sconti su tariffari minimi che in realtà non esistono, di valutare, scegliere ed anche insospettirsi di fronte alle tariffe particolarmente basse, usate solo come mezzo di accaparramento”.

ANDI che sull'argomento aveva già avanzato, al Presidente della Commissione Lavoro del Senato, On. **Damiano**, quando si stava discutendo del Jobs Act sul Lavoro Autonomo, una proposta.

“Purtroppo - ricorda il Presidente Prada - non siamo stati allora ascoltati ma ci fa piacere sentire che ora diversi politici si stiano orientando favorevolmente rispetto alla necessità di prevedere l'equo compenso e le tariffe di riferimento, naturalmente demandando agli Ordini professionali, nel nostro caso quello dei medici ed odontoiatri di indicare, secondo criteri oggettivi, non solo il costo delle prestazioni ma anche gli standard minimi di qualità da rispettare”.





ANCORA ANDI PER IL TERREMOTO

Dott. Antonio Montanari

PREFABBRICATO A CASCIA

Da alcune settimane, nel comune di Cascia, è perfettamente funzionante un presidio odontoiatrico, fortemente voluto dalla FONDAZIONE ANDI ONLUS e da ANDI UMBRIA, dove stanno operando dei colleghi soci ANDI, il cui studio è stato di-

strutto o gravemente lesionato dal recente sisma.

Compito di una Associazione come la nostra, difatti, non è soltanto quello di un costante aggiornamento di tipo sindacale, su tutte le normative vigenti, o culturale, sullo stato dell'arte di ogni settore della professione, ma anche e soprattutto quello di es-





sere sempre dalla parte degli iscritti, specie nei momenti di difficoltà e bisogno.

Dopo, dunque, il contributo di 5.000 euro per ciascuno dei soci con studio inagibile e/o attività azzerata, Fondazione ed Andi Umbria hanno provveduto all'acquisto di un prefabbricato, individuando nel Comune di Cascia la più idonea collocazione, visto il numero dei soci colpiti dal sisma.

Oggi, dunque, possiamo dire di aver centrato l'obiettivo, anche grazie al buon senso delle Istituzioni, Comune e Regione, che con intelligenza e responsabilità, hanno azzerato le incombenze burocratiche, ponendosi totalmente al nostro fianco ed a sostegno del progetto.

Il ringraziamento va, oltre alla Istituzioni ed alla Fondazione Andi, a

tutti coloro che hanno permesso, pur con notevoli sacrifici, questa realizzazione: ANDI Umbria, presieduta dal dott. Ezio Politi, ANDI Terni (Presidente dott. Fabio Filabbi) e, naturalmente, ANDI Perugia, con tutti i Consiglieri a sostegno unanime.

La frase pronunciata da uno dei colleghi colpiti dal sisma "Avete ridato la vita a me, mia figlia e mia moglie!", credo sia la testimonianza più bella.





ORARI DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

ORARIO INVERNALE:

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

ORARIO ESTIVO:

Dal Lunedì al Venerdì:	09.30 / 13.30
Sabato:	09.00 / 12.00

Chiusura completa dal 14 agosto 2017 al 19 agosto 2017



*Campagna
per la difesa della salute
contro l'abusivismo medico
e odontoiatrico*

Dal 1^o Aprile 2017 è partita la “Campagna per la difesa della salute contro l’abusivismo medico odontoiatrico. Siete tutti invitati alla massima collaborazione favorendo la diffusione di questa iniziativa affiggendo nei vostri studi tali manifesti e locandine. E’ stata anche attivata una pagina FaceBook **#MEDICI VERI**. Visitatela e esprime-
te il vostro “mi piace” e eventuali commenti e suggerimenti.

