



Bollettino ⁰³⁻⁰⁴ 2017

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 03-04/2017



Panorama Bettona

i n d i c e

A. F. T. COMMUNITY CARE,
APPROCCIO SISTEMICO:
SOGNI E UTOPIE O REALTÀ
DIETRO L'ANGOLO?

pag 3:

IL MEDICO, L'ODONTOIATRA
ED IL NUOVO CODICE
DELLA STRADA

pag 7:

BIOLOGIA CON CURVATURA
BIOMEDICA AI NASTRI
DI PARTENZA

pag 25:

BARTOLOMEO
EUSTACHI

pag 29:

POLARIZZAZIONE DELLE
IDEE: COME VIAGGIA LA
CONOSCENZA, SCIENTIFICA
E NON, NEL WEB 2.0.

pag 38

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 03-04 2017

Sommario

A. F. T. COMMUNITY CARE, APPROCCIO SISTEMICO: SOGNI E UTOPIE O REALTÀ DIETRO L'ANGOLO?	3
IL MEDICO ED IL NUOVO CODICE DELLA STRADA	7
RISPOSTA ALL'EDITORIALE UMANO, TROPPO UMANO	11
EVASIONE FISCALE ED IPERTASSAZIONE	12
UN SALUTO E UN RINGRAZIAMENTO	14
50 ANNI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA	15
EMPATICI SI NASCE O SI DIVENTA?	18
LA STORIA DELL'ERADICAZIONE DELLA MALARIA E DELLE BONIFICHE REALIZZATE IN SARDEGNA	20
BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA AI NASTRI DI PARTENZA	25
NASCE SIMEDET, LA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA	27
BARTOLOMEO EUSTACHI	29
POLARIZZAZIONE DELLE IDEE: COME VIAGGIA LA CONOSCENZA, SCIENTIFICA E NON, NEL WEB 2.0.	38

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

Norme redazionali

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

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE:

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 Quintalini

Prof. Fausto Santeusano

Dott. Massimo Sorbo

Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Tipografia Recchioni - Foligno

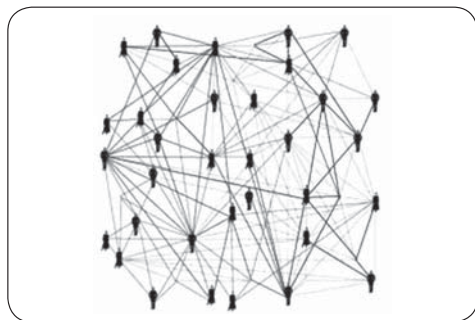
Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

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

uffici@ordinemediciperugia.it - commissioneodo@ordinemediciperugia.it

previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it



A. F. T. COMMUNITY CARE, APPROCCIO SISTEMICO: Sogni e utopie o realtà dietro l'angolo?

Dott. Tiziano Scarponi

Il mese di Luglio u.s. la Regione dell'Umbria ha deliberato il nuovo accordo integrativo regionale, la: "Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H24: l'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)".

Tale accordo è la normale evoluzione della legge Balduzzi del 2012, del Patto della Salute siglato dallo Stato e dalle Regioni nel 2014, dei piani nazionale e regionali della cronicità: tutta una serie di normative, insomma, nate per garantire la sostenibilità del SSN di fronte alle sfide che ci stanno aspettando.

Dovremmo essere, infatti, tutti consapevoli dei problemi che derivano dall'invecchiamento generale della popolazione, dai costi sempre più crescenti dell'assistenza e dalla necessità di dover tendere sempre più a una medicina umanizzata e che tenga il malato al centro di tutto il sistema. Sarebbe piuttosto inutile dover ripercorrere ora l'intero iter legislativo ed entrare nei particolari dell'accordo, quello che mi preme è di sviluppare una sintesi per ipotizzare degli scenari che potrebbero essere realizzati partendo da questo contesto.

Cerchiamo di immaginare la solita "rete" i cui nodi sono costituiti da queste AFT che altro non sono che una ventina di medici, generali e di continuità assistenziale, che avendo a disposizione un sistema informativo con la condivisione dei dati clinici, assistono circa 30.000 cittadini 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

Ogni medico e medicina di gruppo mantiene il proprio studio e la titolarità dei propri pazienti.

Sono previsti almeno 2 infermieri e è prevista anche una reperibilità ambulatoriale h 12 dalle 8 alle 20 e nel sabato dalle 8 alle 14 ogni AFT. In maniera più specifica i compiti dell'AFT sono: assicurare, a tutta la popolazione in carico ai MMG i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), partecipare all'implementazione di attività di prevenzione sulla popolazione, favorendo l'*engagement* della persona con cronicità e la promozione di corretti stili di vita che coinvolgano tutta la popolazione, aderire ai programmi di sanità d'iniziativa organizzati a livello di Distretto, Azienda, USL e Regione.

Si dovrà contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della

evidence based e slow medicine.

Si dovrà promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review* e Audit.

Nelle AFT si dovranno inoltre promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse alla luce dei principi di efficienza e di efficacia.

Detto in altre parole, con quest'organizzazione il territorio dovrà assumere quella visibilità e quella capacità di rispondere alla patologia cronica come fa l'ospedale per la patologia acuta e grave.

Spero che tutti colleghi si rendano conto che accettare questa sfida e vincerla è uno dei pochi modi per poter garantire la sostenibilità e la salvezza del Servizio Sanitario Nazionale e della nostra stessa figura. Mi sono pertanto risultati incomprensibili tutti i timori e le perplessità che hanno fatto seguito alla sottoscrizione di tale accordo.

Il mondo e la società stanno continuamente cambiando a un ritmo vertiginoso e le innovazioni e lo sviluppo della tecnologia in generale e della ICT (*Information Communications Technology*) in particolare, stanno creando scenari che sino a pochi anni fa sembravano da film di fantascienza. La robotica, i *Big Data*, l'*ecommerce*, stanno per mandare in pensione intere categorie professionali: gli

anatomopatologi, gli specialisti nella diagnostica delle immagini e i chirurghi saranno i primi. I farmacisti...questi hanno perfettamente capito che con l'avvento di Amazon sulla distribuzione e la legge sulla concorrenza hanno oramai le ore contate e pertanto stanno disperatamente cercando sotto il cappello della Farmacia dei Servizi, dei nuovi spazi che sono propri della medicina generale come: gli screening, l'aderenza alla terapia dei pazienti, l'educazione sanitaria e tanti aspetti di medicina preventiva. I miei colleghi di medicina generale dovrebbero tenere, poi, ben presente quello che sta accadendo in Lombardia con l'appalto della patologia cronica a 219 gestori privati che rischia di pensionare a breve tutti i medici di famiglia.

Cerchiamo pertanto di considerare in maniera pragmatica questa AFT! Cerchiamo di valutarla come un'occasione per dare finalmente un volto e una connotazione precisa a questo benedetto territorio che scompare sempre di fronte ad un ospedale organizzato verticalmente e con ruoli e funzioni oramai ben definiti.

Anzi cerchiamo di rilanciare! Cerchiamo di aumentare le potenzialità assistenziali di queste nuove aggregazioni individuando metodi e obiettivi che in questo momento potrebbero sembrare fantascientifici se non dei veri e propri sogni.

Lancio per il momento un'idea che porterò poi come proposta dopo averla discussa con tutta la categoria e poi come progetto presso i nostri amministratori e politici: le AFT di-

ventino il perno, il tessuto connettivo delle cosiddette *Community Care*. Che intendo con questo termine?

Non è certo un concetto nuovo e potrete trovarne un'interessante descrizione e contestualizzazione nel documento della sociologa Luciana Ridolfi visualizzabile nel link http://www.clitt.it/contents/scienze_umane-files/sociologia/60017_CommunityCare.pdf da cui ho rubato definizioni e indicazioni.

Nell'accezione originale *Community Care* stava a significare un modo di organizzare le cure assistenziali a favore delle categorie sociali più deboli, ponendo come esigenza fondamentale la possibilità per queste persone di continuare a condurre la propria vita entro i confini della comunità di appartenenza dove sono sempre vissute, anziché rivolgersi a strutture residenziali. Il nuovo concetto invece è più ampio e rimanda ad *“un approccio teorico-pratico che prova a ripensare il sistema dei servizi come reti di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti del: “settore informale” (vicinato, gruppi amicali, famiglie, associazioni locali) “settore formale” (organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non profit) mediante relazioni di reciprocità sinergica.*

Un intreccio tra reti formali ed informali, tra professionalità e figure non specialistiche, tra pubblico e privato..., che ha come obiettivo il coinvolgere nelle attività di cura tutte le risorse presenti all'interno della comunità.” Nella Community Care viene realizzato il passaggio da un concetto di

comunità intesa come luogo fisico (territorio) destinatario di prestazioni socio-sanitarie, ad un'immagine della stessa comunità come rete di relazioni sociali significative”.

Massima integrazione quindi con il sociale! Anche questo deve essere un concetto chiaro, poiché l'assistenza al paziente cronico, anziano e complesso necessita di supporto e di cura non solo da parte degli operatori sanitari, ma molto spesso di *“assistenza integrata, incentrata sulla famiglia e sulla comunità, finalizzata a pratiche di autocura, di cure a domicilio, di mutuo aiuto e con obiettivi di cambiamento partecipato da parte dei cittadini”.*

Sono perfettamente consapevole che questa “visione” comporta un'attenta mappatura del territorio, cercando di superare l'ottica di orti ed orticelli, di autoreferenzialità, di sospetti e diffidenze, ma lasciatemi concludere con la descrizione del sogno che ho fatto questa notte.

Paolo 84 anni è sposato con Giulia di 81 anni che è affetta da una grave forma di artrosi dell'anca dx, della colonna, dei ginocchi come conseguenza anche di una poliomielite contratta da ragazza che ha sconvolto la sua dinamica scheletrica. Vive senza uscire di casa da molti anni in un appartamento al terzo piano senza ascensore, non hanno figli e i parenti più prossimi sono un fratello che vive in un comune delle Marche a 80 km di distanza.

Per i lavori domestici hanno una donna che viene 2 volte la settimana per 2 ore il mattino e i contatti con il

mondo esterno sono tenuti da il signor Paolo che mantiene un discreto stato di autosufficienza: va alle poste, in banca e fa la spesa, guida ancora l'automobile per i percorsi noti e che usualmente percorre.

Mi chiamano un lunedì mattina disperati: Paolo è bloccato a letto con un terribile attacco di sciatalgia e mi chiedono che in poche ore sia rimesso in piedi perché deve essere fatta la spesa, devono essere pagate le bollette e si deve passare in banca ...il frigorifero è vuoto, mi fanno "intuire" che non hanno contanti per pagare... Che posso fare? Innanzitutto pratico una fiala intramuscolo di Diclofenac che tengo in borsa, conosco il paziente e posso permettermi questa scelta anche rischiosa.

Prescrivo poi un ciclo di terapia farmacologica e telefono subito alla farmacia che è dotata del servizio di consegna dei farmaci a domicilio di-

cendo che poi dall'ambulatorio avrei messo le ricette in rete.

Altra telefonata al servizio sociale per illustrare il problema e mi viene risposto che nel giro di due o tre ore avrebbero mandato un volontario accreditato a casa dei pazienti per prendere le bollette, la lista della spesa e l'assegno bancario che Paolo avrebbe fatto, per permettere all'operatore di fare tutto il giro: banca, posta, supermercato.

Giunto poi in ambulatorio scrivo nella cartella clinica elettronica condivisa il caso di Paolo, lasciando in consegna al collega della Continuità Assistenziale il problema aperto per poter rispondere con cognizione di causa ad una sua eventuale chiamata.....No! mi sono inventato tutto... nel sogno diventato quasi un incubo, sono stato costretto a ricoverare in ospedale tutti e due, non esistendo nulla che potesse rispondere in modo sistemico.





IL MEDICO, L'ODONTOIATRA ED IL NUOVO CODICE DELLA STRADA

Dott. Andrea Donati

È notizia di questi mesi che sono stati aperti procedimenti penali a carico di medici in ordine alla omissione di referto (art. 365 c.p.) e omissione di denuncia (artt. 361-362 c.p.) correlati al reato di lesioni personali stradali gravi o gravissime (art. 590-bis c.p.) introdotto con legge 23 marzo 2016 n. 41. **Si rileva che l'art. 365 c.p. punisce "chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità ...". L'art. 361 c.p. punisce il pubblico ufficiale che omette o ritarda di denunciare "un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni".** Pertanto di seguito, a scopo puramente informativo, si chiariscono gli aspetti di particolare interesse per la professione medica relativamente al reato di lesioni personali stradali gravi o gravissime di cui all'art. 590-bis c.p.

LA NORMATIVA

Con la legge 23 marzo 2016 n. 41 (introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274) sono stati introdotti i re-

ati di omicidio stradale (art. 589-bis) e di lesioni personali stradali gravi o gravissime (art. 590-bis), commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, ai quali rimane affiancato il reato di lesioni personali colpose ex art. 590 c.p., che continuerà ad applicarsi per tutte le ipotesi di lesioni, in cui vi sia stata guarigione entro quaranta giorni; in tale ultimo caso, quindi, rimarrà ferma la procedibilità a querela della persona offesa e la competenza del Giudice di pace. Invece, le più rilevanti conseguenze nell'ipotesi di lesioni derivanti da incidente stradale riguardano proprio i casi in cui la natura della lesione subita è tale da superare i predetti quaranta giorni di malattia, qualificandosi quindi come grave o gravissima. Ora, quando le lesioni si profilano come gravi o gravissime, ovvero in tutti quei casi in cui la malattia ha una durata superiore ai quaranta giorni (ovvero in tutte le fattispecie previste dal art 583 del c.p.), **si applica il nuovo art. 590 bis c.p. e, quindi, la procedibilità è d'ufficio** e la competenza è rimessa al Tribunale in composizione monocratica, assumendo particolare rilevanza per le ricadute poste a carico dei medici. **Infatti si sottolinea che il medico in caso di lesioni colpose gravi o gravissime secondarie a incidenti stradali avrà l'obbligo**

di redigere il referto o la denuncia, nel caso il sanitario rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o incaricato di Pubblico Servizio, pena incorrere nell'omissione di referto (ex art. 365 c.p.), O nell'omissione di denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (ex art. 361-362 c.p.).

COSA FARE

Il referto (di cui si fornisce fac-simile in calce) o la denuncia possono essere inoltrati o ad un ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera) o direttamente presso la Procura della Repubblica. Come è noto il referto da inviare all'Autorità Giudiziaria costituisce un obbligo per il medico che, nell'esercizio della propria professione, abbia prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale sia prevista la procedibilità d'ufficio. **Si sottolinea che l'art. 334 c.p.p. prevede che "chi ha l'obbligo del referto [c.p. 365] deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha**

causato o può causare. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto".

Si rileva che la denuncia rappresenta anch'essa un atto scritto di segnalazione e informazione all'Autorità Giudiziaria, qualora il medico rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o di incaricato di Pubblico Servizio. Ai fini pratici e dal punto di vista formale non vi sono sostanziali differenze rispetto al referto, dovendo anch'essa (secondo gli art. 331 e 332 c.p.p.) contenere l'esposizione degli elementi essenziali del fatto, il giorno dell'acquisizione della notizia, le generalità della persona offesa e, se possibile, ulteriori circostanze utili alla ricostruzione del fatto. Questa deve essere, infine, trasmessa senza ritardo. Ciò detto, sul piano pratico **il medico dovrà redigere il referto o denuncia nel caso di lesioni, a seguito di sinistro stradale, che possano rivestire gli estremi delle lesioni gravi o gravissime**; il medico dovrà, per mezzo della espressione di un giudizio prognostico, orientare l'Autorità Giudiziaria nella valutazione se il fatto possa integrare gli estremi delle lesioni personali stradali gravi o gravissime di cui all'art. 590-bis, procedibile d'ufficio, con i conseguenti provvedimenti di natura urgente che la nuova legge prevede o, in alternativa, integrare il delitto di lesioni personali colpose ex art. 590, procedibile a querela, per il quale non si rende necessaria l'adozione di provvedimenti urgenti da parte della Polizia Giudiziaria. Pertanto si rileva che **l'obbligo di denuncia ricadrà sicuramente sul medico di pronto soccorso** che si trovi a refertare una prognosi superiore ai quaranta giorni, nel caso di lesione derivante da

incidente stradale; ovviamente, però, **lo stesso obbligo ricadrà su ogni medico che si trovi nella necessità di prolungare tale prognosi iniziale** sia essa inferiore o pari ai quaranta giorni. Dunque, **anche il medico di base che visiti il proprio assistito, o lo specialista che operi sia in struttura pubblica che privata, nel caso debba prolungare la prognosi iniziale dovrà redigere il relativo referto e contestualmente comunicare all'Autorità Giudiziaria che la lesione subita dal proprio paziente rientra tra quelle definite gravi con ogni relativa conseguenza.** Si sottolinea che tale innovativa prescrizione impone a tutti i medici, che entrano in contatto con soggetti coinvolti in incidenti stradali con lesioni, di prestare molta attenzione e diligenza al momento di esprimere un giudizio prognostico a cui sarebbe opportuno, anche per chiarire la reale portata della lesione diagnosticata all'Autorità, affiancare una descrizione delle ragioni che hanno condotto a tale giudizio. Tutto questo in una ottica di tutela del medico stesso che, considerati i risvolti penali e amministrativi connessi alle nuove fattispecie di reato, potrà essere chiamato in sede giudiziaria a rispondere della valutazione effettuata. Detto questo l'odontoiatra in che modo è coinvolto nella refertazione o denuncia in caso di lesioni per presunta violazione del codice della strada? Giova ricordare qui che si considerano **lesioni gravi** (art 583 c.p.) 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero 2) una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni, oppure 3) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un orga-

no; sono **gravissime** se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, 4) la perdita dell'uso di un organo o 5) della capacità di procreare, ovvero 6) una permanente e grave difficoltà della favella o 7) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso. In una recente pronuncia la Cassazione (sez. V n.4177 del 28 gennaio 2015) ha sentenziato che **anche la perdita di un solo dente** configura il reato di lesioni aggravate, indipendentemente da possibile applicazione di una protesi dentaria (*"...Ed invero, ritiene il Collegio, che una menomazione anche minima, purché apprezzabile, della potenzialità di un organo, sicuramente sussistente nel caso, come quello in esame, della rottura [sic! N.d.A.] di un incisivo, appare sufficiente per aversi indebolimento permanente dell'organo della masticazione ai sensi dell'art. 583, comma primo, n. 2 cod. pen.."*). In tutti i casi quindi in cui l'odontoiatra si trovi a dover intervenire nei casi di perdita (o rottura (?!)) di un dente a seguito di incidente stradale si viene a ricadere su quanto già ampiamente descritto per i medici di pronto soccorso, i medici di medicina generale o gli specialisti del precedente articolo. **La refertazione (o la denuncia) diventano quindi d'obbligo ed è comunque indicato farla anche nel caso si abbia certezza (o a maggior ragione presunzione) che sia stata già presentata da altri medici.** La legge infatti prevede che "Chi ha l'obbligo del referto [c.p. 365] deve farlo pervenire entro quarantotto ore ..." (art 334 cpp). **Non può considerarsi dunque esimente la probabilità o la certezza che una segnalazione**

analoga sia stata effettuata e questo, verosimilmente, poiché il nuovo referto può aggiungere elementi dirimenti che possono indirizzare verso il riconoscimento o la miglior collocazione del tipo di lesione. Un ultimo commento a latere. Non si può che concordare con chi ha ritenuto che il Parlamento, nel legiferare in tal senso, abbia grandemente sottostimato il problema, muovendosi sull'onda della emotività del

momento e non considerandone le implicazioni. Intasare le procure ed i tribunali di cause, sia da incidenti stradali sia come conseguenza delle omissioni testè descritte, non può che aggravare il già oneroso lavoro a cui gli stessi sono sottoposti, accentuando ritardi e rinvii a tutto svantaggio di fattispecie assai più gravi.

Un ripensamento in tal senso non sarebbe certo deprecabile.

* Il fac-simile in formato .doc sarà a breve disponibile nel sito dell'Ordine www.ordinemediciperugia.it

<i>Format per referto</i>	
Timbro del medico	Al Sig. Procuratore della Repubblica Tribunale di
REFERTO ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA (ex Art. 365 c.p.)	
Il sottoscritto dott. avendo sottoposto a visita medica in data/..../..... il/la Sig./ra nato/a il/..../..... residente a in via identificato a mezzo di professione segnala che il/la medesima, sulla base di quanto riferito, è incorso in data/..../..... in un sinistro stradale con riferita responsabilità di terzi.	
ELEMENTI ESSENZIALI DEL FATTO	
☐ Forze dell'ordine intervenute ☐ Precedente documentazione sanitaria	
DA CUI E' DERIVATA ☐ malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni; ☐ malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa; ☐ indebolimento permanente di un senso o di un o organo; li/..../.....	
Consegnato a: Oppure: ☐ inviato via Fax al ☐ inviato via e-mail a	
☐ malattia certamente o probabilmente insanabile; ☐ perdita di un senso; ☐ perdita dell'uso di un organo; ☐ perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile; ☐ perdita della capacità di procreare	



RISPOSTA ALL'EDITORIALE UMANO, TROPPO UMANO

Professor Fausto Santeusanio

Caro Tiziano,
ho letto con interesse il tuo articolo. Si potrebbe aprire un dibattito che gioverebbe a tutti.

Ti propongo alcune mie riflessioni. Ricordo che un tempo il medico di famiglia sapeva gestire direttamente i suoi pazienti nella fase terminale della vita nel rispetto della dignità della persona, in un dialogo attento ed apprezzato sia con il malato che con i familiari.

Era questo un accompagnamento del malato vissuto in genere con serenità.

Oggi la situazione è mutata, come tu stesso fai rilevare, perchè ci sono terapie più avanzate con presidi terapeutici strumentali di vario tipo, ma vi è anche un comportamento medico condizionato dalle cosiddette linee-guida o protocolli diagnostico-terapeutici.

Credo che un buon medico debba essere in grado di riconoscere i confini di un accanimento terapeutico, spesso però sfumati e non facilmente definibili.

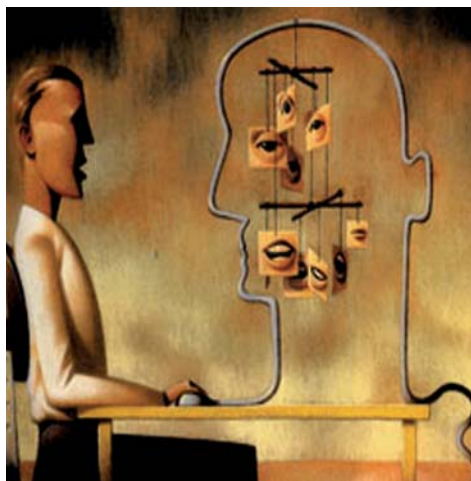
L'esperienza può aiutare in questo senso e far sì che l'assistenza, sempre rispettosa fino in fondo della dignità della persona, possa garantire in questi casi delle misure ordinarie

volte a limitare il più possibile la sofferenza del malato.

Vi è una disciplina importante, la bioetica, che non viene insegnata agli studenti, se non in poche sedi universitarie.

Gli studenti dovrebbero essere sollecitati durante tutto il corso di studi universitari a conoscere i principi della bioetica e ad applicarli con sessioni formative su casi clinici esemplari, in modo da essere poi più preparati ad affrontare la realtà nell'esercizio della professione.

Spero che altri colleghi siano stimolati ad esprimere le loro opinioni in un confronto sicuramente utile.





EVASIONE FISCALE ED IPERTASSAZIONE

Prof. Fortunato Berardi

Si dice che tra i maggiori evasori fiscali debbano essere annoverati anche i medici, soprattutto liberi professionisti. Ovviamente, non si può escludere che alcuni lo facciano, né più né meno di altre categorie di cittadini, ma è anche certo che la maggior parte dei colleghi sia ligia ai propri doveri fiscali; o di necessità, per il prelievo sugli stipendi o per correttezza e convincimento, nonostante le eccessive imposizioni di tutti i tipi. Naturalmente, ognuno poi risponderà del proprio comportamento.

Ad ogni buon conto, sul fisco ed evasione in generale ci piace riportare quanto alcuni esperti economisti vanno, da tempo, affermando e scrivendo.

Si dice, a torto o a ragione, che l'evasione fiscale in Italia, ma non solo, sia elevatissima. Ebbene, se ciò avviene significa che il sistema di tassazione è sbagliato. Questo sostiene nel suo libro (*For Good and Evil*) l'economista Charl Adams, citato anche da "Libero mercato" 01.03.08.

In periodi ricorrenti di caccia all'evasore fiscale, la lettura del libro di Adams aiuta ad inquadrare anche un aspetto datato, ma sempre attuale, quale "l'emarginazione fiscale" delle persone e dei capitali, in una prospet-

tiva storica. Per Adams "non esiste civiltà che non abbia imposto tasse e, propabilmente, non esistono imposte che non siano state evase"; tanto o poco. A Rotterdam è stato istituito un museo della tassazione e la sezione più visitata è appunto quella dedicata alle metodiche di evasione fiscale del passato. John Lacke, economista politico, ammonisce che: "esula dai doveri di un uomo sottomettersi ai governanti fino al punto di accordare loro la licenza di distruggerlo". Sottolinea, decisamente, Adams: che un'evasione diffusa è un segnale certo che il sistema fiscale è sbagliato. Se sempre più persone fisiche ed imprese, per sopravvivere economicamente, ricorrono a forme di evasione, elusione o pianificazione finanziaria, significa che i governi i quali applicano tasse oppressive, devono riflettere, piuttosto che scatenare i segugi del "grande fratello fiscale". Coloro che non possono fruire dei cosiddetti paradisi fiscali si industriano come possono, ricercando la "collaborazione", con uno sconto al ristorante, dal commerciante, dall'artigiano, dal professionista, ecc. che pertanto fatturano di meno. Alle tasse, indiscriminate ed oppressive ci si ribella, afferma Adams, "la prima fase è l'evasione fi-

scales dilagante, la seconda produce disordini e la terza è quella della violenza. La storia docet...! Quindi, con buona pace della Merkel, di Visco e soci, anche “i paradisi fiscali sono inevitabili ogni volta che le imposte sono troppo alte”.

Peraltro non è virtuoso essere molto compiacenti con chi, minacciando, incita alla caccia dell'evasore fiscale, per distrarre l'attenzione dell'opinione pubblica su di una tassazione oltremodo rovinosa. Ancora, economisti politici accorti sostengono che in presenza di un “sospetto diffuso” che molte spese dello Stato siano inutili o chiaramente clientelari, ovvero che “la casta” faccia un uso errato delle entrate pubbliche, si tenderà ad evadere le imposte; tanto più quanto ritenute eccessive. Infine, una assurdità mediatica, abilmente sostenuta dai rappresentanti del fisco, è che l'evasione obbliga il contribuente onesto a pagare di più. Nulla di vero!. “Gli oneri fiscali non vengono assunti da altri”. Questo, poteva

accadere, semmai, in tempi remoti, quando ogni abitante era responsabile del pagamento di risorse per l'intero “villaggio”. Oggi, meno imposte vengono pagate, meno lo Stato può spendere e, talora, “distrarre” dalla spesa di utilità sociale o, comunque, impiegarle in modo eccessivamente discrezionale.

Un esempio, tutto italiano, sono i famosi “tesoretti”, ora volatilizzati, dei quali a lungo si è parlato; ottenuti più da una tassazione generalizzata ed oltremodo aggressiva che da un'efficace lotta all'evasione. Questi extraggettivi finanziari non hanno ridotto, come sarebbe stato opportuno, il nostro pauroso debito nazionale, ma solo determinato una crescente spesa pubblica clientelare e improduttiva, per alimentare la casta, e mantenere consensi. Similmente, il noto decreto “mille proroghe”, inserito nell'attuale finanziaria dai responsabili economici, comporta un'ulteriore spesa di quasi 6 miliardi di euro dall'impiego oltremodo controverso.

CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE E CONTINUA PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEI PERITI E DEI CONSULENTI TECNICI D'UFFICIO A.A. 2017/2018

Termine perentorio per la presentazione delle domande 31/12/2017
Il Bando completo è reperibile al seguente indirizzo:

<http://www.unipg.it/didattica/procedure-amministrative/accesso-corsi-numero-programmato/corsi-di-formazione-permanente-e-continua?layout=concorso&idConcorso=7717>



UN SALUTO E UN RINGRAZIAMENTO

Dott. Valerio Sgrelli

Carissimi colleghi e amici, in occasione dell'imminente rinnovo del consiglio dell'Ordine, ho deciso, anche se con un certo rammarico, di non presentare la mia candidatura considerando che avendo per tanto tempo vissuto la mia esperienza ordinistica ritengo giusto far spazio ai giovani colleghi che con la loro vitalità possono contribuire a migliorare quanto, a mio avviso, si è fatto di concreto in tutti questi anni.

Ho cominciato la mia esperienza nel consiglio dell'Ordine come consigliere per poi continuare per vari anni come segretario ed infine come vicepresidente.

Ed è con questa carica che voglio finire la mia "carriera" che ritengo di aver assolto con impegno, competenza e di essere stato un punto di riferimento per tutti quelli che si sono a me rivolti per problemi personali o di lavoro.

Ma tutto questo è stato possibile solo tramite la fiducia dimostrata dai colleghi appartenenti a tutti i settori sanitari che mi hanno fortemente sostenuto nell'indicare il mio nome in occasione delle varie elezioni ordinarie e per questo sento il do-

vere di ringraziarli di cuore.

Far parte dell'ordine dei medici è un impegno importante che dà non solo prestigio ma richiede una costante presenza e forte responsabilità specie quando ci si trova di fronte a decisioni che qualche volta risultano difficili da prendere.

Purtroppo sono più abituato a leggere che a scrivere e questo penso lo abbiate visto sfogliando il bollettino, per altro rinnovato e ben condotto dal direttore, dove molto raramente si potrà trovare un mio articolo.

Ma questo non significa che non abbia partecipato assiduamente a tutte quelle che sono le attività che competono a ogni componente del consiglio.

Un ringraziamento va anche al nostro Presidente e a tutti i consiglieri con i quali la collaborazione è sempre stata massima e si è sempre svolta in un clima di serenità.

A chi subentrerà auguro di saper cogliere questa opportunità dimostrando una costante presenza e un fattivo coinvolgimento nelle varie attività che dovrete affrontare durante il prossimo mandato.



50 ANNI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

*Dott. Massimo Sorbo
Segretario Provinciale SUMAI Assoprof Umbria*

Il I° Congresso Ordinario unitario dei Medici Specialisti Ambulatoriali che diede ufficialmente vita al SUMAI si svolse a Fiuggi nel 1969. Da allora sono passati quasi cinquanta anni di storia sindacale SUMAI che nel 2005, dopo l'entrata nella convenzione delle Professioni (Psicologi, Biologi e Chimici) e nel 2006 dei Medici Veterinari, si è chiamato SUMAI-Assoprof (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'area Sanitaria).

La Specialistica Ambulatoriale ha prima operato con le "mutue" e ora, dopo la riforma 833/78, opera con i suoi 19.000 specialisti nel SSN all'interno di strutture pubbliche, negli ambulatori territoriali, negli ambulatori ospedalieri, universitari e degli IRC-SCS, nelle case della salute, nei DSM, nei SERD, nei dipartimenti di prevenzione, a domicilio del paziente, negli istituti di detenzione, e sotto la diretta gestione del Ministero della Salute nei porti e negli aeroporti.

L'invecchiamento della popolazione con l'aumento della speranza di vita che per le donne è di 85,1 anni e per gli uomini è di 80,6 anni, combinato al calo del "tasso di mortalità", si impone sempre più come il problema di maggior rilievo sullo sviluppo del

nostro paese e sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale; per questo bisogna pensare ad un nuovo welfare che sappia cogliere l'evoluzione epidemiologica della popolazione e l'aumentata incidenza delle malattie croniche.

Nel 2012 l'allora Ministro della Salute R. Balduzzi emanò l'omonimo Decreto Legge divenuto poi legge 189/2012 che prevedeva sia sotto il profilo organizzativo che normativo, le AFT della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta e della Specialistica Ambulatoriale e le UCCP definendone sia la loro composizione che le loro funzioni.

Nel luglio 2015 il SUMAI-Assoprof ha firmato con la SISAC il nuovo ACN per la parte normativa ed organizzativa della medicina specialistica territoriale, prevedendo compiti, funzioni e ruolo degli Specialisti nelle nuove forme organizzative AFT e UCCP.

Oggi appare più che mai necessario riorganizzare la sanità territoriale all'interno della quale gli Specialisti Ambulatoriali del SUMAI-Assoprof devono esercitare, insieme alle altre categorie, il proprio ruolo partecipando, come previsto dalle norme di legge, alla presa in carico dei pazienti con patologia cronica attraver-

so un approccio multidisciplinare e multiprofessionale con gli altri attori sanitari territoriali ed ospedalieri. Bisogna creare delle vere equipe territoriali con tutti gli attori che vi operano, nessuno escluso, ognuno con pari dignità ricoprendo il proprio ruolo.

Gran parte delle Regioni, però, in aperto contrasto con gli stessi principi della legge Balduzzi e del Piano Nazionale della Cronicità, hanno presentato un proprio modello a volte contrastante con altri modelli (quello Lombardo piuttosto che quello Toscano e così via).

Da molto tempo ripetiamo che non basta spostare sul territorio i servizi ma occorre operare un cambio di paradigma che costituisca una vera “Community Care” dove le nuove forme organizzative AFT e UCCP trovano la loro implementazione. Nonostante ciò ci vengono presentati atti aziendali tecnicamente definiti a “canne d'organo” con i Dipartimenti ospedalieri presenti nel Territorio ma senza AFT e UCCP, approvati anche da quelle Regioni che le hanno fortemente volute nell'atto di indirizzo e che invece non le hanno previste negli atti aziendali prevedendo invece i Dipartimenti ospedalieri nel Territorio. Il Piano Nazionale della Cronicità stabilisce che l'ospedale faccia l'ospedale, si organizzi al proprio interno per gestire le acuzie e risponda a criteri di eccellenza; il territorio faccia il territorio e si attrezzi per garantire la prevenzione, la medicina di iniziativa, le attività specialistiche ambulatoriali prestazionali e di presa in carico delle cronicità (PDTA), l'accoglienza dei pazienti dopo la di-

missione dall'ospedale, le cure presso strutture intermedie, le cure a domicilio, la telemedicina, l'assistenza socio-sanitaria.

Di tutto questo si è parlato e discusso nei tre giorni di lavori del 50° Congresso Nazionale SUMAI Assoprof che si è svolto alla fine di Ottobre a Salerno.

Alla conclusione l'Assemblea ha deliberato la “mozione finale” che impegna il Sindacato sulle seguenti tematiche:

- 1°) Contribuire alla diffusione della medicina di iniziativa e della presa in carico del paziente attraverso la capillare istituzione delle AFT
- 2°) Incrementare la medicina di comunità attraverso accordi e PDTA condivisi con i medici di medicina generale e i medici ospedalieri; sostituire il concetto di integrazione tra ospedale e territorio che sottende completamente tra elementi insufficienti, con la dizione “coordinamento” che presuppone continuità funzionale-organizzativa
- 3°) Promuovere un sistema di valutazione dell'attività specialistica che tenga conto del complesso dei fattori coinvolti nella erogazione dei servizi
- 4°) Contribuire a una analisi dei fabbisogni sanitari per ciascuna branca specialistica in funzione delle esigenze epidemiologiche dei singoli territori per una corretta implementazione delle ore necessarie di specialistica

ambulatoriale.

- 5°) Adoperarsi per il rinnovo della convenzione con l'INAIL
- 6°) Perseguire in concerto con i Segretari nazionali di FIM-MG e FIMP, un rapido rinnovo dell'ACN della Medicina Generale anche considerando che l'articolato della parte economica risulta concomitante con la trattativa degli altri comparti della Medicina Convenzionata
- 7°) Riquilibrare il ruolo dei medici di Medicina dei servizi valorizzando il ruolo di integrazione con le AFT e UCCP in quanto spesso titolari come medici di medicina generale.
- 8°) Adoperarsi per l'ampliamento e l'espansione dell'Area della Diritto medica con particolare attenzione ai colleghi transitati; considerare una maggiore partecipazione del settore ai tavoli negoziali regionali nei quali si designeranno programmi e strategie della medicina specialistica territoriale.
- 9°) Adoperarsi per una completa integrazione dei Medici Veterinari Convenzionati all'interno dell'ACN; risolvere le problematiche relative agli art. 30 e art. 48 ACN nel corso della trattativa nazionale; integrare i medici veterinari nei servizi territoriali attraverso il loro inserimento negli A.I.R.
- 10°) Sostenere l'equiparazione della quota oraria per gli Psicologi; regolare l'attribuzione dei compiti e delle funzioni nella contrattazione nazionale; promuovere azioni di tutela della posizione previdenziale presso l'ENPAP
- 11°) Sostenere l'equiparazione economica della quota oraria per i Biologi e valorizzare specificità professionali che hanno ricadute sulla attività di prevenzione delle cronicità e negli interventi di screening oncologici; adoperarsi per un ampliamento del monte ore in tutte le regioni.
- 12°) Istituire il settore medici operanti presso l'INPS e intraprendere tutte le iniziative per ottenere l'applicazione dell'ACN.





EMPATICI SI NASCE O SI DIVENTA?

Professor Massimo Piccirilli

L'idea diffusa, e ampiamente condivisa, che "le competenze umane o le avete o non le avete. L'umanità non si può imparare" è solo un mito che le attuali conoscenze scientifiche hanno da tempo sfatato senza riuscire tuttavia a ridurre la popolarità né ad intaccarne minimamente la verosimiglianza. Per ovvie ragioni di spazio mi limito a qualche considerazione:

1. sentirsi esclusi dalla propria comunità sociale attiva nel sistema nervoso le stesse regioni attivate da uno stimolo doloroso. A livello cerebrale il dolore "sociale" equivale al dolore fisico (Eisenberger et al. 2003)

2. l'incontro con l'altro stimola inimmancabilmente un sistema neuronale (cosiddetti neuroni specchio) preposto a fornire una risposta di rispecchiamento; tutto avviene come se fossimo noi stessi a provare la sofferenza (o qualunque altra emozione) che osserviamo nell'altro (Rizzolatti 2005). Ovviamente, come in ogni altro tipo di organizzazione cerebrale, l'attivazione del sistema specchio è bilanciata da altre regioni cerebrali che ne possono modulare l'intensità fino ad inibirne l'espressione dando luogo così a comportamenti antisociali (Baron-Cohen 2012).

3. la scelta comportamentale che

adottiamo dipende in grandissima parte dal contesto. Ancor più delle classiche indagini sull'altruismo (da Gerusalemme a Gerico, Darley e Batson 1973), può essere interessante ricordare l'enigma del carrello ferroviario.

Enigma 1. Durante una passeggiata, avvistate un carrello ferroviario che, privo di guidatore, sta percorrendo un binario dove sono al lavoro cinque operai che non se ne sono accorti e stanno per essere travolti. Voi vi trovate proprio ad un bivio: azionando una leva potete deviare il percorso del carrello verso un altro binario. Facendo così però il carrello andrebbe ad investire un altro operaio che sta lavorando lì. Domanda: E' lecito? E' lecito sacrificare la vita di un operaio per salvarne cinque?

Enigma 2. Questa volta avete avvistato il carrello mentre siete su un cavalcavia. Accanto a voi c'è una persona che non conoscete. L'unico modo per deviare il carrello è buttare giù dal cavalcavia lo sconosciuto che vi sta accanto. Domanda: E' lecito?

Dal punto di vista razionale i due enigmi sono assolutamente identici: si tratta di decidere se è giustificabile sacrificare una persona per salvarne cinque. Ciò che accade però è che

nel primo caso la grande maggioranza delle persone intervistate si mostra disponibile ad azionare la leva, nel secondo caso le stesse persone non butterebbero giù il vicino. Una contraddizione tanto eclatante può essere interpretata sulla base delle indagini di neuroimaging funzionale (Greene et al, 2001): nel primo caso (la leva) si osserva l'attivazione delle regioni cerebrali deputate al funzionamento cognitivo; in altre parole la scelta comportamentale si basa su un ragionamento; nel secondo caso (il vicino) ad attivarsi sono invece le regioni coinvolte nel sistema emotivo; in altre parole la scelta dipende da una valutazione di tipo emotivo. Il comportamento dell'essere umano non solo non è necessariamente razionale (per fortuna!), ma trae origine prevalentemente dal contesto in cui ci si trova ad agire. Credere che l'attività sanitaria richieda scelte e decisioni solo di tipo razionale è un errore di fondo che produce inevitabilmente innumerevoli conseguenze negative.

4. l'organizzazione sanitaria, puntando sulla sola perizia tecnica dei professionisti della salute, ostacolando nel contempo – fino ad impedire – le occasioni di sviluppo delle componenti relazionali e comunicative, causa un progressivo impoverimento del sistema specchio e del “cervello empatico” fino alla sua inibizione funzionale (Decety et al. 2010). D'altra parte la didattica universitaria propone modelli di intervento diagnostico e terapeutico in cui non viene preso minimamente in considerazione il ruolo svolto dalle caratteristiche soggettive dei due interlocutori, pa-

ziente e operatore sanitario, e ancor meno di valorizzare competenze relative alla capacità di comprendere l'esperienza di un'altra persona, di comunicare questa comprensione e di agire di conseguenza in modo utile (Neumann et al. 2011). Il risultato è una riduzione progressiva degli atteggiamenti empatici/compassionevoli fino ad indurre una sorta di “cinismo” nei confronti della sofferenza (Testerman et al. 1996). In definitiva una delle cause fondamentali dell'attuale crisi di credibilità della medicina e di sfiducia nella classe sanitaria è proprio l'idea che “le competenze umane o le avete o non le avete”. L'essere umano non nasce buono o cattivo, egoista o altruista, prosociale o antisociale; nasce possedendo la predisposizione a sviluppare ogni tipo di interazione sociale; non si tratta di dicotomie: lo stesso individuo può essere capace dei delitti più efferati e dei più incredibili atti di pietà in risposta alle condizioni emozionali ed al contesto ambientale in cui si trova ad agire (stanco o riposato ad esempio, oppure a casa o in ufficio, oppure sobrio o ubriaco e così via). Numerose sperimentazioni hanno da tempo documentato che l'empatia in ambito sanitario può, anzi deve, essere insegnata (Buckman 2011). Riuscire a superare il convincimento che la cosiddetta umanizzazione della medicina dipenda da immodificabili caratteristiche individuali di personalità significherebbe nel contempo riuscire a superare gran parte delle questioni che attualmente attanagliano il mondo della sanità e, più in generale, il contesto sociale.



LA STORIA DELL'ERADICAZIONE DELLA MALARIA E DELLE BONIFICHE REALIZZATE IN SARDEGNA

Dott. Antonio Molfese

La malaria in Italia, e specie in Sardegna, era una malattia socialmente più importante di ogni altra, perché colpiva una percentuale molto elevata della popolazione, con immediato danno economico che si ripercuoteva sulla vita umana, con perdita di giornate lavorative, con danno alla persona e alla collettività. La Legislazione antimalarica italiana, emanata nei primi del '900 e poi continuamente aggiornata, aveva avuto come scopo soprattutto la bonifica delle zone palustri che abbondavano nell'Italia centro-setentrionale, mentre aveva trascurato il disordine dei regimi idrici, che hanno sempre costituito la principale origine della malaria meridionale ed insulare. I dati di mortalità per malaria, erano di 710 per milione di ab. nel 1887, che si abbassarono ad un minimo di 11 nel 1940, e la maggior parte dei decessi si verificò nell'Italia meridionale. Non c'era in Europa un paese così gravemente infestato dalla malaria come la Sardegna. Questo fu il motivo per cui, come in altre regioni, lo stato mise in essere delle leggi che risolvessero il grave problema. Nel 1913, un elenco dei comuni d'Italia con zone malariche assegnava il primo posto alla provincia di Cagliari, presente con tutti i suoi comuni, e il terzo a quella di Sassari, dove il 99 per cento dei comuni figuravano infestati., (l'89 per cento della superficie dell'isola - contro l'11 per cento dell'Italia - era infestato dalla malaria).

Tra il 1903 e il 1912, il numero dei morti per malaria, su 10.000 abitanti, era stato - nella media annua - in Sardegna di 10,25, contro i 7,46 della regione più colpita immediatamente successiva, la Lucania, e l'1,54 dell'insieme del territorio italiano. La profilassi antimalarica, malgrado gli enormi progressi che aveva fatto, incontrava solidi ostacoli ed era difficile da realizzare.

La somministrazione del chinino, era estremamente difficile. Il sardo, rassegnato alla malaria, fastidiosa ma poco mortale, e che egli credeva legata alla terra stessa in cui abitava, non ingeriva volentieri le pastiglie di chinino, che venivano distribuite abbondantemente, nei dispensari creati in quasi tutti i comuni. Egli attribuiva a queste pastiglie gli inevitabili disturbi di cui soffriva durante la cura, come anche le affezioni polmonari frequenti nei malarici. Mostrare con foto d'epoca inedite la lotta contro la malaria è stata l'opera meritoria di un medico sardo, che ha permesso ai posteri di osservare come questo difficile problema fu affrontato ed in parte risolto. L'autore del presente volume, appassionato studioso di malaria, oltre che realizzare con la RAI un documentario sull'argomento, ha allestito anche alcune mostre fotografiche presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Palermo, presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma e presso la Biblioteca Provinciale di Basilicata a Potenza





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

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

Perugia, lì 13 novembre 2017

Prot. **004434**
Rif. N.

Allegati
del

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

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,

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

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

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

Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131 il giorno sabato 17 dicembre 2016 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

DOMENICA 17 DICEMBRE 2017 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2016, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2017, Approvazione Bilancio Preventivo 2018 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza", "Luigi Balducci", "Fabio Giaimo".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott. Graziano Conti)



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

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DELEGA

IL/LA DOTT./DOTT.SSA _____

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

DATA _____

FIRMA







BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA AI NASTRI DI PARTENZA

Dott.ssa Cristina Cenci

Un nome, questo, quantomeno insolito, per promuovere un progetto di orientamento alla professione medica nei licei scientifici...E' ciò che ho pensato qualche mese fa durante un consiglio dell'Ordine dei Medici mentre il dottor Conti ci leggeva il progetto ministeriale che avrebbe visto coinvolto il nostro Ordine e il Liceo Scientifico Opzione Scienze Applicate (OSA), Giordano Bruno, per tre anni a partire dall'anno scolastico 2017-18.

Una sperimentazione didattica che in maniera simultanea è partita in 20 licei di altrettante città capoluogo di provincia, con l'obiettivo di aiutare i ragazzi a decidere, fin dal terzo superiore, se la professione medica possa essere o no la scelta giusta, attraverso 150 ore di lezioni frontali e sul campo tenute dagli insegnanti di biologia del liceo e da medici esperti. Il progetto condiviso, con un Accordo Quadro dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) e dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (Fnomceo), coinvolge oltre ai 20 licei, anche altrettanti Ordini provinciali delle relative aree geografiche, che devono individuare i professionisti incaricati, a titolo

gratuito, della docenza e farsi carico della formazione pratica dei ragazzi, presso strutture sanitarie, ospedali, laboratori analisi e la stessa sede ordinistica.

La sperimentazione didattica nasce sulla scia di un progetto pilota già esistente da sette anni, promosso dal Liceo Scientifico "Leonardo Da Vinci" di Reggio Calabria, che è stato presentato il 18 settembre u.s. a Roma presso il MIUR nel corso di una riunione dove ho potuto conoscere anche il dirigente scolastico del Liceo Scientifico OSA professoressa Rosalia Monaco.

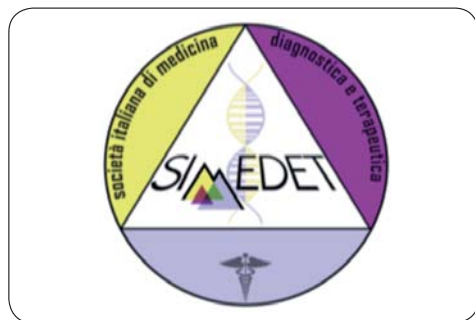
Nonostante l'iniziale scetticismo nei confronti delle istituzioni legate al progetto, che provavo mentre il dottor Conti procedeva nella lettura, l'idea di poter entrare in contatto con chi è veramente giovane, di conoscerne aspettative ed inclinazioni e di potergli parlare della professione del medico, sia negli aspetti positivi che negativi, hanno preso il sopravvento ed ho finito con il dare la mia disponibilità a seguire il progetto "biologia con curvatura biomedica" come consigliere referente per il nostro ordine professionale.

Il 10 novembre scorso siamo partiti con la prima lezione tenuta dal dott.

Matteo Cenci, di fronte ad un'aula magna gremita da 60 ragazzi curiosi ed attenti e proseguiremo nei mesi prossimi grazie alla disponibilità dei colleghi Stefania Bucciolini, Lucio Patoia, Elisa Quintavalle. La qualità è l'efficacia scientifica di questo progetto calabrese, quale metodo di orientamento per l'accesso alla Facoltà di Medicina è stata valutata dall'Area Strategica della Formazione della Fnomceo: per ogni anno scolastico in cui è stata fatta la sperimentazione, circa la metà dei ragazzi che si erano iscritti hanno abbandonato il percorso. La principale motivazione è stato il verificare di non avere le adeguate inclinazioni o motivazioni. E questo ha risparmiato loro anni di fatiche e di studio su una strada che non era quella in cui avrebbero potuto esprimersi al meglio.

Mentre coloro che hanno portato a termine il percorso, hanno superato con successo il test di ammissione a medicina. Dal nostro osservatorio l'elemento più interessante che abbiamo riscontrato a livello locale, con il Presidente e gli altri membri del consiglio, è stata la grande adesione da parte dei colleghi ai quali avevamo chiesto la disponibilità a partecipare come docenti, senza entrare nemmeno nei dettagli del progetto. In conclusione pertanto, il vero punto di forza di questa sperimentazione, secondo me, sta proprio nella capacità di tirare fuori da ciascuno di noi quell'orgoglio di essere medici, di insegnarlo alle nuove generazioni, che ancora resiste nonostante le mille difficoltà che la nostra professione ha attraversato e attraversa oggi più che in passato.





NASCE SIMEDET, LA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA

Dott. Igino Fusco Moffa

Tre gli obiettivi dell'associazione: promuovere e realizzare la ricerca, la formazione ed il lavoro multidisciplinare. Presentazione il 22 novembre presso la Sala Aldo Moro della Camera dei Deputati.

La Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica (SIMEDET) è una associazione culturale medico-scientifica fondata da un gruppo di professionisti del mondo sanitario italiano con l'obiettivo di promuovere ed elevare la collaborazione nazionale tra tutte le figure che lavorano nel mondo della Sanità Italiana. La cerimonia di presentazione avverrà il **22 novembre 2017** presso la prestigiosa aula Aldo Moro della Camera dei Deputati, alla presenza del Sen. **Luigi D'Ambrosio Lettieri** e dell'On. **Paola Binetti**. A guidare la neonata Società scientifica sarà **Fernando CAPUANO**, ex presidente dell'Associazione Italiana Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico (ANTEL) che ricoprirà la carica per i prossimi cinque anni. A fianco di Capuano il vicepresidente nazionale **Manuel MONTI** responsabile del Reparto di Medicina a Ciclo Breve della USL Umbria 1. A completare il Consiglio il tesoriere Michele PARADISO (Ospedale San Giovanni Battista), Sergio TIMPONE (direttore Pronto Soccorso Fatebenefratelli di Roma), Paolo DE MARCHIS (Lazio), Massimo MAGNANTI (direttore Pronto Soccorso San Filippo Neri di Roma), Anna TOMEI (Abruzzo), Guido COEN (San Filippo Neri di Roma), Ro-

berto VIRGILI (Campus Biomedico) ed il segretario amministrativo Luciano POLIGNONE. Il motto della Società è *Fac Sapias et liber eris* ossia "fatti sapiente e sarai libero" - sottolinea il **dott. Giuseppe Murdolo**, medico dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia ed uno dei fondatori della SIMEDET - è stato scelto per sottolineare l'ispirazione di un gruppo di fondatori provenienti dal mondo accademico e dalla sanità pubblica e privata in quanto esplica efficacemente l'assunto che la libertà nasce dalla conoscenza. La Società non ha finalità di lucro ed ha lo scopo di promuovere, sostenere, incentivare e svolgere in Italia ed a livello internazionale gli studi e la ricerca finalizzati alla promozione, allo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle metodiche, tecniche/attività e procedure usate in ambito sanitario per migliorarne costantemente l'efficacia, l'appropriatezza, e per la formazione di personale sanitario, nonché per la stesura di linee guida in relazione alle esigenze da parte di tutte le figure del SSN. Il **prof. Fernando AIUTI**, uno dei più celebri immunologi, è il Presidente del Comitato Scientifico, che prevede professionisti di altissimo livello (Fabio CANINI, Gaetano Maria FARA, Giovanni Maria VINCENTELLI, Davide VETRANO, Giuseppe MURDOLO, Tommaso PETITTI). Obiettivo principale del Comitato Scientifico è quello di elaborare progetti scientifici e nuovi percorsi formativi che coniughino le acquisizioni scientifiche

più aggiornate all'approccio pragmatico efficace della medicina clinica della pratica quotidiana. Sarà anche edita una nuova rivista scientifica l'*Italian Journal of Diagnostic and Therapeutic Medicine* diretta dal dott. **Giovanni Maria VINCENNELLI**, Responsabile del reparto Breve Osservazione del Fatebenefratelli di Roma. Il nostro obiettivo, dice il vicepresidente nazionale della Società dott. **Manuel MONTI**, responsabile del reparto di Medicina a Ciclo Breve dell'Ospedale di Assisi, è di creare un gruppo di professionisti che abbiano come scopo quello di lavorare a 360° per stilare linee guida e stimolare la ricerca tenendo presente tutti i punti di vista del personale che lavora nel mondo della Sanità. **Il nostro motto riprende la nostra idea di creare una Società dove ogni membro abbia uguale dignità e che possa abbattere gli steccati tra le figure professionali ancora oggi presenti affinché sia possibile creare un luogo dove essere liberi di lavorare** per il gusto di farlo, dove come obiettivo si abbia quello della ricerca di nuove metodologie che abbiano come scopo quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti. Daremo un ampio spazio all'area Social attraverso delle applicazioni che possano aiutare medici ed infermieri a chiarire dubbi e migliorare la propria conoscenza grazie alla bravura del dott. **Paolo Diego L'ANGIOCOLA** che già in passato ha realizzato numerose iniziative innovative. In Umbria il referente regionale sarà il dott. **Igino FUSCO MOFFA della USL Umbria 1** e nella Società sarà presente anche il *past director* del DEA di Assisi dott. **Massimo PAGGI** come revisore dei conti. Tra le prime iniziative che si svolgeranno in Umbria ci sarà l'organizzazione di **meeting clinici** aperti a tutto il personale sanitario del territorio a partire da gennaio dove si discuterà di alcuni dei casi clinici più importanti che sono stati ricoverati nei presidi ospedalieri umbri e si discuterà dei nuovi tratta-

menti terapeutici, alla luce delle più recenti scoperte scientifiche. Verrà inoltre organizzato un corso, patrocinato dalla SIMEDET all'inizio del 2018 sulle **urgenze endocrinologiche** che ancora oggi rappresentano una difficile sfida diagnostica e terapeutica per i medici d'urgenza. Sempre nel corso del 2018 verrà pianificato un seminario sulla **Medicina dei Viaggi** per affrontare la problematica della globalizzazione della salute in un'epoca di viaggi sempre più veloci e lontani e di nuove (o vecchie?) malattie emergenti. Per i cittadini è stato approvato un progetto, in collaborazione con il Fatebenefratelli di Roma, che prevede un piano per implementare un corretto stile di vita per effettuare una corretta e abituale attività fisica tra i pazienti che presentano la sindrome metabolica è l'obiettivo di una ricerca sperimentale della SIMEDET che si svolgerà nel territorio assisano. Nell'ambito della ricerca scientifica, un importante studio umbro-laziale (**TEVere**) sta prevedendo il coinvolgimento di riguardo la trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare. A questo studio hanno partecipato oltre 30 unità operative di medicina interna e d'urgenza della Regione Umbria e del Lazio.

Lo studio, condotto su 1200 pazienti, ha messo in evidenza che, diversamente dall'area chirurgica, nell'area medica esiste una eterogeneità di comportamento circa la identificazione del rischio trombotico. I dati emersi dallo studio TEVere hanno permesso l'elaborazione di un nuovo score per la stratificazione del rischio tromboembolico, lo score TEVere, che sarà illustrato in un prossimo congresso organizzato dalla SIMEDET Umbria che si terrà a giugno nella splendida cornice di Assisi. Possiamo comunque già anticipare che si tratta di uno score "facile" nella sua applicazione pratica e nel contempo con profili di sensibilità e di specificità pari se non superiori a quelli più accreditati.



BARTOLOMEO EUSTACHI

Dottor Marcello Paci

Bartolomeo Eustachi nasce a S. Severino, *la romana settempeda*, nella marca anconetana. In questa città ancora oggi si arriva percorrendo la via Septempedana che ha conservato l'antico nome latino. La strada è un diverticolo della Via Flaminia, che inizia all'altezza di Nocera Umbra, da dove sorpassando il crinale appenninico di passo Cornello scende sino alla valle del Potenza dove sorge S. Severino nella marca anconetana. La data della nascita non è certa, si pensa debba collocarsi tra il 1500 e il 1510. Come vedremo poi la Via Septempedana, Nocera umbra, S. Severino disegnano una geografia e una storia che riassume il ciclo vitale del Nostro. Il padre, Mariano Eustachi, con pretese nobiliari che erano già dell'antenato Baldo, fu letterato e filosofo, prima di dedicarsi alla Medicina come fu anche per i due figli Bartolomeo e Fabrizio. E, come questi, fu anche versato nelle lingue e in particolare il greco, che utilizzò in un suo lavoro sull'opera di Erozano. Si faceva forte anche della fama raggiunta da alcuni concittadini illustri: Severino Buccarati, rettore a Padova, Giambattista Aloisi che lì insegnava etica e l'esempio di questi ed altri lo spinsero a dedicarsi agli studi, e ad

educare i figli allo studio e alla nobiltà dei comportamenti.

Bartolomeo dopo un periodo di vita e attività in comune con il fratello Fabrizio con cui aveva vissuto in comunione di beni, si separò da lui e quindi prese moglie e dal matrimonio nacque il figlio Ferdinando che insegnò Medicina a Macerata e poi alla Sapienza di Roma. Dunque la famiglia Eustachi dette 4 medici: Mariano, Bartolomeo, Fabrizio, Ferdinando. La città di S. Severino ad un certo punto nominò Bartolomeo medico della città con il titolo di fisico eccellentissimo. In seguito alla fama raggiunta fu chiamato da Guidobaldo dei conti d'Urbino a diventare suo medico personale e protomedico di tutto lo stato, così Eustachio abbandonò S. Severino e si trasferì ad Urbino. Qui il suo ingegno trovò un terreno adatto perché presso la corte dei Montefeltro e poi dei Della Rovere lavoravano i più grandi intellettuali dell'epoca. Così il nostro si dedicò accanto alla medicina e agli studi anatomici, di cui cominciò a divenire un appassionato cultore, alla matematica e alle lingue, in particolare l'ebraico e l'arabo, tanto da essere annoverato tra i più grandi del tempo, come risulta dagli attestati di stima che ricevette. Basti

ricordare per tutti, Amato Lusitano medico ad Ancona che avendo desiderio di consultare un testo di Avicenna tradotto in latino dall'arabo, si rivolse ad Eustachio perché l'unico in grado di portare a termine quella traduzione.

Per tutto questo il nostro era contestato nelle corti di mezza Italia, e fu così che quando Giulio della Rovere fratello del duca Guidobaldo fu investito da papa Paolo III della porpora cardinalizia volle, trasferendosi a Roma, portare con sé Eustachio.

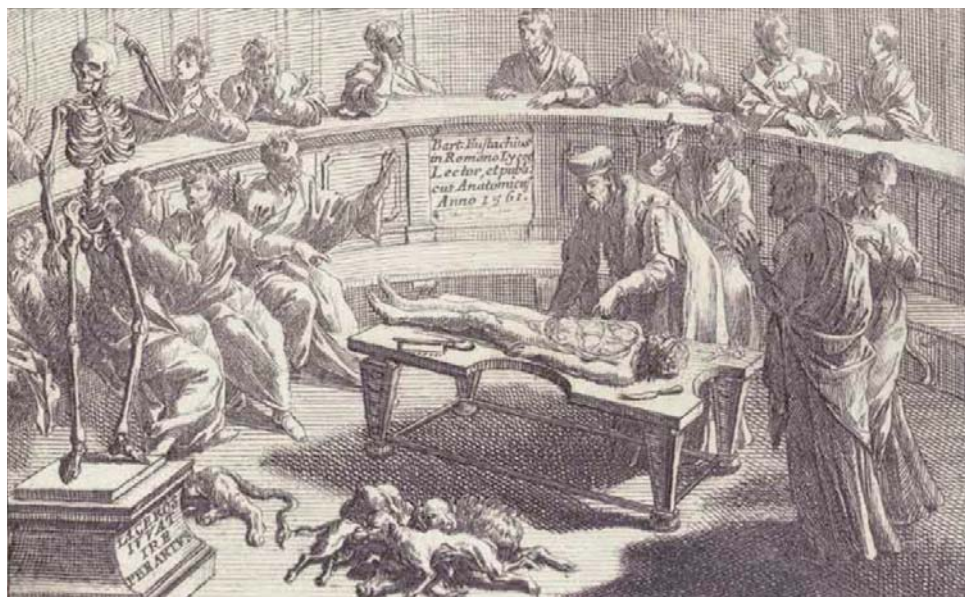
Al suo arrivo ebbe da combattere con la fama d'alcuni grandi medici che lo avevano preceduto e con quelli che al momento dominavano le istituzioni della città: l'umbro Ippolito Salviani di Città di Castello che era stato medico di Giulio III, il marchigiano Francesco Antracini di Macerata, medico di Gregorio XIII, Giustiniano Finetti da Monte Lupo-

ne protomedico generale nel 1555, Fabio Amico anch'egli protomedico nel 1569, Stefano Cerasio protomedico nel 1557, Girolamo Rossi medico di Clemente VIII e molti altri.

Lo precedeva una fama consolidata, ma soprattutto fu lo studio dell'anatomia praticata su cadaveri dell'ospedale S. Spirito che fu molto apprezzata dal mondo medico romano tanto che fu chiamato nel 1562 a curare San Filippo Neri affetto da improvviso e grave malore nella chiesa di San Girolamo della Carità. Successivamente fu dichiarato medico ordinario da S. Carlo Borromeo nipote di Pio IV.

Che poi i suoi studi anatomici fossero, allora in vita e dopo, apprezzati grandemente n'è testimonianza l'opera del Lancisi, e le lettere a questi inviate dal Morgagni che ne loda il valore.

Dove dice che se oltre il coltello aves-



se avuto il microscopio, Eustachi sarebbe diventato la massima autorità medica nel mondo.

E anche il Riolo ebbe parole di gran considerazione e così si esprime: <<Bartolomeo Eustachio anatomico romano pubblicò pregiatissime tavole d'anatomia che superarono di gran lunga il lavoro del Vesalio e del Falloppio.>>

Le tavole erano quarantacinque o quarantasei come riporta il figlio Ferdinando dopo la morte del padre e come risulta dagli atti notarili del 1574 presso il notaio Curzio Saccoccia de Sanctis. Monsignor Giovanmaria Lancisi fu il primo a pubblicarle e completarle con sue annotazioni e c'informa che Eustachio le aveva intagliate nel 1552 com'è riportato nella sua operetta sull'anatomia dei reni. Ne consegue che l'*Anatomia* pubblicata da Realdo Colombo nel 1555, e le *Osservazioni Anatomiche* pubblicate da Gabriele Falloppio nel 1557 come risulta da lettere dedicatorie al Papa e al lettore, sono opere successive al lavoro di Eustachi. Che è anche la convinzione del grande Morgagni. E Giovanni Fantoni ebbe a scrivere a Monsignor Lancisi che aveva avuto tra le mani il libro di Eustachi, del quale le tavole erano illustrazioni, il cui titolo era sugli argomenti e le dispute anatomiche, ma che poi il libro era andato perduto ed erano rimaste solo le tavole. Di queste ne erano rimaste quarantasette, comprese le otto piccole sui reni.

Da quanto lasciato scritto in alcuni appunti da Eustachio si può supporre che si trattasse di 54 tavole che illustravano un testo che riguardava tutta l'anatomia. Forse tra le man-

canti sarà stata quella che illustrava la vena alba ora conosciuta con il nome di dotto toracico che si ritiene scoperta per la prima volta da Eustachio com'ebbe ad affermare Isbrand Van Diemerbroek. Ora di tutto questo gran lavoro, dopo centocinquanta anni a cura di monsignor Lancisi ne furono trovate trentotto ad Urbino e pubblicate a Roma nel 1714 con il titolo: *Tabulae anatomicae clarissimi viri Bartholomaei Eustachii, quas a tenebris tandem vindicasset & SS. D. Clementis XI Pont. Max munificentia dono acceptas, Prefazione, notisque illustravit, ac ipso suae Bibliothecae dedicationis die publici juris fecit Jo: Maria Lancisius intimus Cubicularius, & Archiater Pontificius.* "Tavole anatomiche dell'illustrissimo Bartolomeo Eustachi, le quali liberate finalmente dalle tenebre e ricevute in dono dalla generosità del Pontefice Massimo Clemente XI, J.M. Lancisius, intimo Cubicularius e Arcimedeo pontificio arricchì con una Prefazione e delle note, e pubblicò nello stesso giorno della dedica della sua biblioteca."

A riprova dell'entusiasmo con il quale Lancisi aveva raccolto le tavole anatomiche e curato l'edizione del libro che le raccoglieva, si legga la seguente lettera che scrisse al vescovo di San Severino: <<mi conviene incomodare v.s. illustrissima anco con la suprema permissione di n.s.che in un affare di somma premura, mi permette di ricorrere alla di lei savia destrezza. Centocinquanta anni sono morì in Roma un celebre medico ed anatomico di nome Bartolomeo Eustachi, il quale avendo stampata un'opera specialmente dei reni

con plauso universale, che ancora gli dura, anzi tuttavia gli è andata sempre più crescendo, ci lasciò scritto di avere in ordine quarantasei tavole intagliate in Roma con diverse figure anatomiche, le quali, prevenuto dalla morte, non potè dare alla luce; onde sono restate sepolte, e compiante per tutto questo tempo anche dai più famosi scrittori della nostra età: finalmente notificatosi da me a sua santità, che un certo medico Pini urbinate, allievo del predetto Eustachio in un suo esponeva di essergli restate in mano dopo la morte del suo maestro le suddette tavole per darle al pubblico; ma che egli ancora premorì alla esecuzione della sua volontà. Sua beatitudine dunque con la sublime sua mente pensò subito le stesse tavole potere essere rimaste appresso gli eredi del Pini, come appunto era seguito: poiché fattesi le dovute ricerche in casa dei signori Rossi (la cui madre era l'unica signora rimasta della famiglia Pini) sono state rinvenute; e sua santità si è poi degnata di donarle alla mia pubblica libreria. Queste tavole però, siccome riescono bellissime in ordine alla finezza dell'intaglio, così si rimangono senz'anima, non avendo le corrispondenti spiegazioni, che l'autore medesimo asserisce di aver fatte col titolo *De diffentionibus, et controversiis anatomicis*. In questo stato di cose, dunque io ricorro all'aiuto di v. s. illustrissima; poiché intitolandosi il predetto Eustachio *sanctoseverinatis* mi è caduto nel pensiero, che possano costì trovarsi gli eredi, o per parte di uomini, o di donne di questa famiglia, e che perciò fra le antiche scritture della medesima vi sia qualche mano-

scritto appartenente alle opere anatomiche del celebre loro antecessore: e quando mai si trovasse, quello cadrebbe a guisa di chiara luce per avventura sopra i luoghi oscuri delle tavole già rinvenute. Imploro pertanto la singolare bontà e diligenza di v. s. illustrissima non solo a favor mio: ma molto più in vantaggio della repubblica letteraria, e per accrescimento della gloria al pontificato di n. s. e perché in simili cose basta *mittere sapientem*, io lascio di aggiungere altre espressioni, bastandomi di fare quest'ultima, che io sono e sarò sempre bramoso dei comandamenti di vs. illustrissima e reverendissima, a cui faccio umilissima riverenza.

Di vs. illustrissima, e reverendissima, Roma li 8 settembre 1713.

Divotiss. Obbligatiss servo vero Gio: maria lancisi>>

In un'altra lettera del medesimo Lancisi al predetto vescovo si fa richiesta di ricercare le lettere del monsignor Morgagni al Nostro dalle quali si possono avere ulteriori notizie sulle tavole perdute e la richiesta è resa più autorevole con la dichiarazione che Sua Santità personalmente ha incaricato il Lancisi.

A questo punto noi riteniamo che più importante di riportare quanto è stato fatto nella ricerca di eventuali tavole mancanti, sia illustrare il favore che Eustachio ha goduto nel mondo scientifico a lui contemporaneo e al successivo.

Riportiamo quanto ebbero a scrivere del Nostro i medici della facoltà di Lipsia: *Ex his omnibus, immortallem Eustachii gloriam decantantibus, pauca solummodo referre hic liceat, quorum praeter alia primum*

iuventorem, aut faltem delineatorem Eustachium extitisse, tum Opuscula eius Anatomica, tum paesentes Tabulae aperte loquuntur, etiamsi nonnullorum inventorum alii poftmodum sibi tribuere fuerint annisi. “Tra tutto ciò che decanta la gloria immortale di Eustachio, basti riferire soltanto poche cose al di là delle altre delle quali fu Eustachio l’inventore o per lo meno il delineatore sia i suoi Opuscula Anatomica sia le presenti tavole parlano apertamente; nonostante alcuni inventori di altre cose successivamente abbiano provato ad attribuirsele.”

E a riprova della gloria che la pubblicazione delle tavole ebbe, la prima stampa del 1714 fu messa a disposizione per lo studio e le lezioni dei lettori stranieri che non erano riusciti in tempo utile a procurarsi una copia. E pochi anni dopo ci fu una nuova stampa a Roma ad opera di Rocco Bernabò.

E dopo un certo lasso di tempo una nuova edizione ad opera di Gaetano Petrioli, dottore romano e cerusico del re di Sardegna, grande cultore di anatomia e già autore di un brogliaccio dal titolo di “dubbi anatomici” nel quale tratta di vari argomenti tra cui le osservazione di monsignor Wislau circa la tavola 25 del trattato del Lancisi sul lavoro di Eustachio.

Dunque la notorietà di Eustachio a Roma lo portò a diventare non solo protomedico, ma anche professore di anatomia per la quale disciplina gli fu assegnata una cattedra alla Sapienza nel 1561. e prima di quella data era già lettore alla Sapienza.

Tanta la sua autorità che quando dovette lasciare l’incarico per l’età e al-

tri accidenti, la stessa fu assegnata al suo discepolo e concittadino Virgilio di San Severino.

Tutti questi onori sollevarono inevitabilmente l’invidia e la malevolenza di colleghi e gli atti che questi pose-ro in essere furono talmente infami a fronte della moderazione dell’Eustachio che ne dà testimonianza anche il Boerhaave. E il nostro rispondeva alle critiche con estrema moderazione, rispondendo che era pronto a modificare quanto da lui scritto e sostenuto in vario modo, se i critici gli avessero indicato i punti contestati. Così ad un uomo di tal fatte occorse di dover resistere alle critiche di professori di anatomia e medicina, confidando che ci sarebbe stato un tempo in cui la verità dei suoi studi sarebbe venuta alla luce e sono sue parole: *tamen spero non defuturos, qui aequos se mihi iudices pae bent. “spero non mancheranno giudici equi che mi si offrano”,* ed è quello che è accaduto, e incredibilmente dopo un secolo e mezzo si è vista rifiorire la fama di Eustachio, che i suoi contemporanei avevano cercato di negare. Con sentimenti di modestia aveva così scritto a Fabio l’amico medico e filosofo: *Etenim praetefers demeo honore ,ac dignitate maxime sollicitum, ostendisque te eam ob causam vehementer angi, et commoveri, quod verearis me in rprehensionem hominum incidam, dum inter Medicos Urbis multi de me rumoris satis quidem constantes, sed adhuc sine authore vagari dicis: quia scilicet dum in publico Gymnasio librum de Ossibus expono, contra veritatem Galeni opiniones defendere non erubesco simulque, contendendo jiuvenes ad credendum faciles,*

levissimus quibusdam persuasionibus in meam sententiam adducere &c. in rebus aperte exulceratis cum invidis, malevolisque hominibus pugnare nolo. Ego enim circumspectis singulis, quae in publico Gymnasio a me dicta fuerunt, summam feci cogitationem, opinionumque, mearum omnium, nihilque erroris, aut hoc doli in eis reprehendi, ut pariter affirmant Dctiore, qui aderant. “E infatti ti mostri preoccupato quanto al mio onore e soprattutto alla mia dignità, e mostri che tu soffri ardentemente per questo e sei commosso, poiché temi che io cada nel biasimo della gente, mentre molti tra i medici della Città certamente sono abbastanza costanti nelle maldicenze su di me, ma fino ad ora sostieni che vaghino senza autore: poiché di certo mentre espongo nel pubblico ginnasio il libro sulle ossa, non arrossisco nel difendere le opinioni contro la verità di Galeno, e allo stesso tempo mi sforzo di portare alla mia opinione i giovani facili a credere con alcune argomentazioni molto leggere ecc, non voglio combattere in cose apertamente esulcerate coi malevoli e gli invidiosi. Io infatti, dopo aver considerato attentamente le cose che erano state dette da me nel ginnasio, feci una grande riflessione e di tutte le mie opinioni, nessuno inganno o errore ciò fu biasimato in queste, come ugualmente affermano i più dotti che erano presenti” I suoi nemici tentarono di screditarlo nella grazia del cardinale Borromeo il nipote di Pio IV, definendo segno di superbia e disprezzo la rinuncia che Eustachio aveva fatto della cattedra alla Sapienza. Ma il cardinale non si lasciò

condizionare, anche dietro le parole del datario pontificio monsignor Francesco Alciati che smascherò le trame ordite contro il nostro.

E l'Eustachio si ricordò della cosa dedicandogli in data 12 ottobre 1562 il libro de *Auditis Organis*.

L'innocenza dell'Eustachio era talmente evidente e la sua fama così consolidata che le calunnie non poterono scalfirlo più di tanto anche considerando la sua disponibilità a correggere i suoi errori quando gli venissero dimostrati come nella dedicatoria del suo libro *de vena azygo* ad Antonio Barbiero nella quale lo invita a correggere errori. E contro coloro che condannavano la non osservanza degli insegnamenti di Galeno lui affermava che quando lo faceva era solo dopo attento studio e si levava a difenderlo quando qualcuno liquidava quegli insegnamenti con troppa fretta.

Come dice nel suo libro *de motu capitis*. Dunque nonostante i contrasti, e la salute che cominciava ad abbandonarlo il suo lavoro rimase indefesso e ne sono testimonianza i libri che continuò a produrre: nel 1563 con le stampe di Venezia il trattato *de dentibus*, nel 1564 dai torchi di Vincenzo Lucchino uscirono il *de rerum structura, officio, & administratione* e successivamente e nel breve volgere di pochi anni: *il de auditus organis, l'examen ossium, il de motum capitis, il de vena azygos ac de humor ariae venae propagine, quae in fluxu brachii venam communem profundam producit*.

Questa produzione è ricordata da Giorgio Scenchio e Pasquale Gallo e fu ritrovata anni dopo con a latere le

annotazioni del Pini, nobile urbinato e allievo dell'Eustachio.

Nel 1566 fu stampato a Venezia ad opera di Lucantonio Giunta un altro libro dell'Eustachio che era una raccolta di lavori di Ippocrate, Galeno ed altri autori antichi da lui commentate. Nello specifico il nostro scrive: *ego vero commentatios prope diem aedam valde copiosos; in quos cunctas dictiones hypocratis, tum passis a galeno, tum frequenter ab aliis autoribus explicatas simul redigi.* "Invero darò alle stampe un giorno prossimo abbondanti commentari, nei quali ho redatto insieme tutta la dizione di Ippocrate, sia spiegata qua e là da Galeno, sia frequentemente da altri autori."

Infine nello stesso anno 1566 con i tipi sempre del Giunta pubblicò il trattato *De Multitudine* che probabilmente era una raccolta di scritti vari sempre di materia anatomica con il seguente titolo: *Erotiani greci scriptores vetustissimi vocum, quae apud Hippocratem sunt collectio cum annotationibus Bartholomaei Eustachii* che il nostro dedicò al cardinale Giulio della Rovere per le molte obbligazioni che lui si sentiva nei confronti di quello.

In questo libro l'Eustachio dichiara di aver raccolto le annotazioni che si trovano nei libri di Ippocrate, Galeno, e altri autori antichi e di averle egli commentate: così scrive: *Ego vero commentatios prope diem aedam valde copiosos: in quos cuncta dictiones Hypocratis, tum passis a Galeno tum fraequenter ab aliis Auctoribus explicatas simul redigi.*

Finalmente nello stesso anno 1566 sempre per i tipi del Giunta pubblicò il trattato *De multitudine* nel quale

faceva riferimento ad altre numerose opere di anatomia degli antichi in suo possesso.

Ad attestare la copiosità della produzione del Nostro è l'inventario dell'eredità che comprendeva un gran numero di manoscritti che riempivano un cassone di vestiti, più altri accatastati ovunque nello studio. Come attesta il Pini al quale si deve anche l'indice delle opere di Ippocrate su influenza dello stesso Eustachio come dichiara nell'opera edita a Venezia nel 1597 per i tipi di Roberto Mainetto.

E a questo punto della vita del Nostro che accade il fatto che lo condurrà a morte.

Il cardinale Giulio della Rovere era stato colto da infermità mentre si recava nella sua Urbino.

I suoi servitori che lo accompagnavano insieme ad altri dignitari nel viaggio sulla Flaminia decisero di fermarsi a *Forum Semproni* l'attuale Fossombrone nella marca anconetana, per una sosta che consentisse al cardinale di riprendere le forze e proseguire nel viaggio verso Urbino non lontano da lì.

Però prima di tutto fu mandato un messaggero a Roma che doveva portare ad Eustachio la richiesta pressante di raggiungere immediatamente Fossombrone. Eustachio avuta la missiva per l'affetto e la riconoscenza che aveva nei confronti del suo protettore decise di partire trascurando il peso dei suoi anni e i disagi del viaggio in quella calda estate.

Ma per la stanchezza del viaggio, per la calura di quei giorni, per il risvegliarsi dei sintomi di una salute compromessa, con i quali combatte-

va da tempo, morì lungo la strada in un luogo imprecisato sulla consolare Flaminia in Umbria, in un tratto che va individuato tra la città di Nocera Umbra e la località di Fossato di Vico. Era il 27 agosto del 1574.

Ne abbiamo testimonianza da Girolamo Rossi di Ravenna che nel 1581 scriveva: *Utinam viveret nunc vir clarissimus, medicusque treprestantissimus Bartholomeus Eustachius sansctoseverinas, magna mia benevolenza conjunctus, qui ingenti rei medicae damno, superiotibus annis, dum arthitide totus contractus, Romae, forumsempronii, curandae causa valetudinis Julii Ruberei cardinalis urbinatium amplissimi, archiepiscopi nostri cuius ipsi gerebat medium contenderet in itinere obiit...* “Magari visse ora quell'uomo illustrissimo, medico eccellente, Bartolomeo Eustachi di San Severino, a me amico con grande benevolenza, il quale, con grande danno per la medicina, negli anni precedenti, tutto contratto per l'artrite, poiché doveva curare Giulio della Rovere, grande cardinale urbinato, nostro arcivescovo, del quale egli stesso si occupava che richiedeva un medico, tutto contratto per l'artrite morì sulla strada da Roma a Fossombrone”.....

Particolare dolore manifestò il Pini che lo celebrò con parole di grande stima e affetto, quando dette alle stampe l'indice delle opere del nostro: *dum viveret vir numquam satis laudatus philosophus ac medicus praestantissimus bartholomeus Eustachii praeceptor meus, ipsius consilio ac jussu indicem hunc in omnia hippocratis, quotquot extant opera incepit laborem hunc perficere numquam*

valui, praesertim cum his temporibus amantissimus praeceptor cum summa maedice jactura suum diem obisset, quo factum est, ut ego tanto domino, ut tanto praeceptor privatus pene mei ipsius oblitus, omnia penitus studia deseruerim. “Finchè visse mai fu abbastanza lodato il filosofo e medico eccellente, mio precettore, per consiglio ed esortazione del quale non ho mai voluto la forza di portare a termine questo Indice di tutti gli scritti che restano di Ippocrate, specialmente quando, a quei tempi, il mio amatissimo precettore, con somma sventura per la medicina morì; da questo successe che io privato di un così grande signore, di un così grande maestro, quasi dimenticandomi di me stesso abbandonai completamente ogni studio.”

I medici del collegio di Roma tributarono al collega le celebrazioni di rito. Così finì la vita di Bartolomeo Eustachio che il Nostro sentiva di non scansare a lungo se il mese di luglio di quell'anno aveva fatto testamento presso il notaio Curzio Saccoccia De Santis. In questo testamento si confermò che era nato a S. Severino nelle Marche, nominò suo successore il figlio legittimo Ferdinando che probabilmente non aveva figli e dunque lasciò i suoi averi ai figlioli delle quattro sorelle, ai pronipoti di Michelina Eustachi già maritata nella nobile famiglia Ardizi di Pesaro ed infine a Pier Matteo Pini.

Nominò esecutori testamentari il cardinale di Urbino e lo stesso Pini.

Al Pini lasciò tutti i suoi libri, latini, greci ed ebraici, argenti, una somma di denaro e soprattutto i suoi scritti e i disegni con le tavole anatomiche

intagliate su rame.

Al cardinale una coppa d'argento indorata e volle che il suo corpo fosse avvolto in un lenzuolo e sepolto nella chiesa più vicina al luogo della morte *"avendo amato sempre lo stato umile e fuggita l'apparenza"*.

Dopo la sua morte crebbe la fama e i suoi libri furono presto esauriti tanto che il Lucchini fu costretto ad una ristampa già nel 1574 e quindi nel 1577 e di nuovo nel 1653.

E successivamente il famoso Boerhaave ne ordinò un'altra ristampa a

Leyda nel 1707 per la qual cosa ebbe pubblico encomio da parte degli eruditi di Lipsia che sottolinearono l'importanza di Eustachio da annoverare tra i grandi ingegni d'Italia insieme a Falloppio, Caffiero, Colombo, Acquapendente e alcuni altri. Ma oltre a Boerhaave, altri illustri studiosi declamarono lodi al Nostro: Riolano, Giorgio Schenchio, Isbrando de Diemerbræck e infiniti altri che lo definirono anatomico sommo, e il suo nome da porre accanto ai grandi del passato: Vesalio, Ippocrate e Galeno.

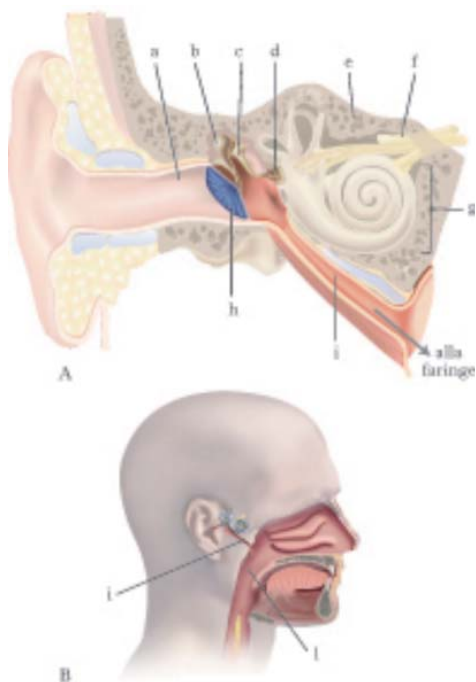


Tavola anatomica che illustra il condotto faringo-Timpanico che prende nome di dotto di Eustachio



POLARIZZAZIONE DELLE IDEE: COME VIAGGIA LA CONOSCENZA, SCIENTIFICA E NON, NEL WEB 2.0.

Maria Rinaldi Miliani¹ Giuseppe Quintaliani²

¹ Copywriter e Social Media Expert per la comunicazione in sanità

² Nefrologo, Segretario nazionale Fondazione Italiana del Rene

Introduzione

Il mondo dell'informazione da sempre è afflitto da una piaga che pare invincibile; la bufala (3).

Le notizie false, soprattutto se si parla di scienza e medicina, sono sempre esistite e non è nella tecnologia che si può individuare la causa della loro nascita e diffusione (9).

La rete ha raggiunto una pervasività inimmaginabile fino a pochissimi anni fa, la quale ha portato, come afferma Luca De Biase nel suo *Facts and cats. For the state of the net*, a "diffidare maggiormente dei fatti", per tre ragioni (9):

1. Perché sono troppi.
2. Perché è difficile distinguere tra verità e falsi.
3. Perché sono sempre meno utili in una società nella quale le persone tendono ad interpretare gli avvenimenti in maniera soggettiva.

In un mondo come quello online, per ora non vi è traccia di dimensioni fisiche quali spazio (manca la *territorialità*) e tempo. Quindi, gli unici punti fissi ai quali affidarsi per percepire *identità ed appartenenza*, (due dimensioni dell'io essenziali nella psiche umana) sono le idee personali e le informazioni (12).

Non sorprende quindi che proprio le informazioni siano diventate il principale problema del web 2.0, soprattutto quando si tratta di verità o falsità medico-scientifiche.

Communication bias ed echo chambers

Anche nella realtà, la socialità fra individui è favorita quando si hanno interessi, cognizioni, opinioni comuni. Ugualmente avviene nella rete, in maniera amplificata ed, utilizzando un'espressione allarmistica, rischiosa (20). Internet permette, ipoteticamente, di creare reti sociali – non a caso si parla di Social Network – perfettamente personalizzate, prive cioè di quegli elementi di diversità che favoriscono lo scambio di idee ed opinioni fra gli appartenenti ad una comunità fisica (32).

Nei Social, ad esempio, si crea una fortissima omogeneità dei network di amicizie, la quale produce un effetto chiamato "eco nella stanza" o *Echo Chambers* (6,10).

E' un meccanismo per cui ogni voce all'interno di una rete risulta semplicemente amplificata da chi è d'accordo, facendo perdere progressivamente critiche e dissensi alla discussione (29).

Nessun utente che interagisca, anche minimamente, con la rete, quindi, è immune a questa ghettizzazione delle proprie preferenze.

L'altra determinante è il *Confirmation Bias*. Anche chiamato *pregiudizio di conferma*, consiste nella tendenza dell'essere umano a selezionare solo le informazioni affini alle proprie convinzioni più profonde e ad interpretare le notizie in modo da alimentare i propri preconcetti.

E' un costrutto psicologico onnipresente in politica, in economia, nella pratica medica e scientifica, e anche nel web (23). Tutto avviene perché ogni individuo ha la tendenza naturale a conservare il proprio sistema di credenze e ad affidarsi ciecamente ad esso. E' una questione arcaica di sopravvivenza. Online, la necessità di autoconfermasi, che come già detto è anche data dalla mancanza di dimensioni fisiche alle quali affidarsi, può essere così forte da portare un utente (o un gruppo) a consumare una bufala anche quando si può facilmente dimostrarne la falsità (25). Se la narrazione di una notizia, anche non vera, si adatta al sistema di valori del lettore, tutto il resto viene semplicemente ignorato. E' un meccanismo che si manifesta, con delle variazioni, anche nella diffusione e citazione di papers scientifici. I dati che non si accordano all'opinione più condivisa, persino se rilasciati da organizzazioni ed istituzioni internazionali attendibili, fanno molta più fatica ad emergere nei database ufficiali.

E' il così detto *Citation Bias* (16). Né gli scienziati, né le professioni me-

diche, né le persone con un livello culturale medio basso sono immuni a questi processi che di fatto, indipendentemente dalla preparazione, rendono gli esseri umani tutti uguali.

Il medico e le Echo Chambers

Oggi non è raro che molti pazienti arrivino agli ambulatori ben muniti di informazioni fornite dal notissimo "Dr. Google".

Non è raro che, proprio a causa di ciò, le indicazioni e le raccomandazioni del medico vengano messe in discussione, tanto che il "The Guardian" (33) ha definito tutto questo un processo distruttivo per il rapporto medico paziente.

Molte volte le raccomandazioni del terapeuta vengono non solo rifiutate ma addirittura contraddette in toto con le più varie motivazioni.

A questo livello del confronto, indipendentemente dalle affermazioni del medico, il paziente ha già trovato tesi, fatti e documenti che confermano la sua idea online.

Capovolgerla diventa così ancora più complesso se non impossibile.

La raccomandazione, in questi casi, è di non entrare mai in competizione con questo tipo di pazienti.

Comportamenti efficaci possono essere la mediazione e toni non aggressivi, semmai concilianti.

Prendere di petto soggetti convinti che il riso rosso sia miracoloso non è utile. Il rischio è non solo di perderli, ma soprattutto che la persona danneggi sé stessa, cosa che un medico ha il dovere di evitare.

Anche i professionisti sanitari non

sono comunque immuni al pregiudizio di conferma.

Un esempio è il medico particolarmente sicuro delle proprie diagnosi, fino alla totale svalutazione di altre ipotesi diagnostiche plausibili.

Anche in questa situazione, alla stessa stregua del paziente, il medico trova il modo di portare acqua al proprio mulino, selezionando, in maniera principalmente inconsapevole ma effettiva, articoli o revisioni che confermino il suo pensiero.

Il professionista sanitario deve avere sempre presente questo bias cognitivo, che non risparmia, come detto, nessun essere umano.

Solo così può saggiamente mettere in discussione il proprio “sapere”, accettare il confronto con i colleghi ed essere conscio che la medicina non è una scienza esatta ma probabilistica. Il contraddittorio costruttivo con i colleghi deve essere la prassi.

La diagnosi deve essere basata solo ed esclusivamente sul ragionamento logico, il meno possibile su preconcetti. Solo attraverso uno sforzo del genere può essere costruita una valutazione fondata su prove di efficacia, probabilità e sull'esperienza.

Prospettive per un futuro virtuale

La necessità della comunicazione sanitaria e scientifica è quella di perturbare questo processo di espansione delle notizie non veritiere, ma ad oggi la ricerca dà risultati sconcertanti sulle sue possibilità.

In un mondo dove le idee (sotto forma di bit) rappresentano l'unica particella fondamentale costituente

le informazioni “reali”, diventa essenziale, per lo scienziato, conoscere come le idee stesse si diffondono e vengono preservate.

Per ora, gli unici mezzo utile elaborati per contrastare i processi che guidano i *communication bias* online e la *polarizzazione* sono un algoritmo matematico appositamente studiato (11) ed i nuovi sistemi di selezione selettiva delle informazioni elaborati da colossi come Google e Facebook.

Per i professionisti del settore sanitario resta essenziale la costante abitudine alla discussione ed incontro frontale in vivo, all'interno delle comunità scientifiche, in modo da mantenere sempre elevato il valore del risultato clinico.

Una buona guida per il dialogo, in questi ambienti ma soprattutto in rete, è il *Manifesto della comunicazione non ostile*, rilasciato nella sua prima versione a Trieste, nel Febbraio 2017, durante l'incontro “Parole O_Stili”(35).

Le motivazioni per farsi coinvolgere nella lotta alla disinformazione sono molteplici, ma vengono ben espresse dalle parole di Samantha Power, ambasciatore USA all'ONU:

“E' nel nostro interesse coinvolgere le persone che sono più in disaccordo con noi, piuttosto che zittirle.

Non soltanto perché ci dà la possibilità di confrontarci con il loro punto di vista, e forse anche cambiarlo, ma soprattutto perché a volte potrebbero aver ragione” (25).

Bibliografia e letture suggerite

1. Aronson E, Wilson TD, Akert MR.

- Psicologia sociale. Bologna. Il Mulino: 2015. A cura di Villano P. 2013.
2. Bessi M. et Al. *Science vs conspiracy: collective narratives in the age of (mis)information*. Plos ONE: 2015.
 3. Casillo S, Di Trocchio F, Sica S. *Falsi giornalistici. Finti scoop e bufale quotidiane*. Napoli. Guida Editori:1997.
 4. Castells M. *La nascita della società in rete*. Milano. EGEA S.P.A. Università Bocconi Editore: 2000, cap. 1
 5. Celella R. *Identità suggestionata: questioni teoriche e pratiche nel recente dibattito su Google Suggest*. Libera Università Internazionale degli Studi Sociali. Anno accademico 2014-2015.
 6. Citazione di Quattrociochi W. Al convegno Comunicare e promuovere la Salute ai Tempi dei Social Media #salutesocial, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, 24 Maggio 2016.
 7. Conti M. Et Al. *It's Always April Fools' Day! On the Difficulty of Social Network Misinformation Classification via Propagation Features*. arXiv preprint arXiv:1701.04221 : 2017.
 8. Dalla Casa S, Pancaldi G. *Scienza e società: il ruolo della divulgazione scientifica*. Università di Bologna: 2007.
 9. De Biase L. Facts and cats. For the state of the net. Documento reperibile presso il dominio <http://blog.debiase.com/2016/10/30/facts-cats-state-net-2016/> In Porro S, Molino W. *Disinformation technology*. Milano. Apogeo: 2003, P.28.
 10. Del Vicario M. Et Al. *The spreading of misinformation online*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 113 (3), 554-559: 2016.
 11. Del Vicario M. et Al. *Modeling confirmation bias and polarization*. Scientific Reports 7: 2016.
 12. Dominici P. *La comunicazione nella società ipercomplessa. Condividere la conoscenza per governare il mutamento*. Milano. FrancoAngeli Editore: 2011, p117.
 13. Zollo F. Et Al. *Debunking in a world of tribes*. PloS one 12.7 (2017): e0181821.
 14. Ferrarotti F. *La perfezione del nulla. Promesse e problemi della rivoluzione digitale*. Roma-Bari. Laterza: 1997.
 15. Festuccia F. *L'oggettività dell'informazione: tra mito professionale e ideale regolativo*. Roma. Armando Editore: 2010, P.22.
 16. Greenberg SA. *How citation distortions create unfounded authority: analysis of a citation network*. Bmj, 339, b2680. 2009.
 17. Iannaccone S. *Bufale: il debunking serve a poco o niente (anzi)*. 22 Aprile 2016. Reperibile presso il dominio <http://www.galileonet.it/2016/04/bufale-debunking-serve-poco-niente/>
 18. L'idea di comunità online-stanza è comparsa per la prima volta in maniera armonica nel saggio Weinberger D. *La stanza intelli-*

- gente. Torino. Codice Edizioni: 2012, P. XIV.
19. *Manifesto della comunicazione non ostile* (2017). Reperibile presso il dominio: http://www.paroleostili.com/media-file/manifesto_def.pdf
 20. Massicci M. *La scienza ai tempi dei Social Network. Gli archivi di dati condivisi alla base della collaborazione scientifica online*. Trieste. Scuola Superiore di studi avanzati di Trieste: 2016.
 21. Del Vicario M. Et Al. *Echo chambers in the age of misinformation*. arXiv preprint arXiv:1509.00189, 2015.
 22. Pariser E. *Il filtro. Quello che internet ci nasconde*. Milano. Il Saggiatore: 2012.
 23. Pines, JM. *Profiles in patient safety: confirmation bias in emergency medicine*. Academic Emergency Medicine, 13 (1), 90-94. 2006.
 24. Porro S, Molino W. *Disinformation technology*. Milano. Apogeo: 2003,P.28.
 25. Quattrocioni W, Vicini A. *Disinformation: Guida alla società dell'informazione e della credulità*. Milano. FrancoAngeli: 2016, P. 74.
 26. Riotta G. *Il web ci rende liberi? Politica e vita quotidiana nel mondo digitale*. Einaudi:2013, 17, 2.
 27. Santoro E, Garattini S. (2011) *Web 2.0 e social media in medicina: come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*. Roma. Il Pensiero Scientifico Editore: 2011, P.4.
 28. Schweiger S, Oeberst A, Cress U. *Confirmation bias in web-based search: a randomized online study on the effects of expert information and social tags on information search and evaluation*. Journal of medical Internet research, 16 (3), e 94. 2014.
 29. Sunstein CR. (2011) *The Echo Chamber Revisited*. Reperibile presso il dominio: <http://www.wnyc.org/story/143347-echo-chamber-revisited/>
 30. Sunstein CR. *The law of group polarization*. Journal of political philosophy, 10(2), 175-195. 2002.
 31. Weinberger D. *Arcipelago Web*. Milano. Sperling & Kupfer Editori: 2002, p.36.
 32. Wellman B. *Physical place and cyberspace: The rise of personalized networking*. International journal of urban and regional research, 25 (2), 227-252. 2001.
 33. David Fagan. Dr Google knows best: how technology is disrupting our relationships with GPs. The Guardian 27/10/2017 <https://www.theguardian.com/technology/2017/oct/28/dr-google-knows-best-how-technology-is-disrupting-our-relationships-with-gps>
 34. Timio M, Di Napoli A, Timio F et al, *Metodologia in clinica: esiste ancora?* GIN Dic 2016 33-6
 35. *Manifesto della comunicazione non ostile* (2017). Reperibile presso il dominio: http://www.paroleostili.com/media-file/manifesto_def.pdf

MODALITÀ DI COMPILAZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO AI FINI DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INVALIDITÀ PER IL RICONOSCIMENTO DI SORDO CIVILE

L'articolo 1, comma 2 della Legge 26 maggio 1970, n. 381 aveva definito chi poteva dirsi "sordomuto" per poter accedere ai benefici di legge: *"Agli effetti della presente legge si considera sordomuto il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio".*

Per il progresso scientifico in materia, il termine sordomuto è stato definitivamente sostituito dalla parola sordo con Legge 20 febbraio 2006, n. 95 - *"Nuova disciplina in favore dei minorati auditivi"*.

Un **errore compilativo molto grave** che i medici compiono nella redazione del certificato introduttivo - perché espone il paziente richiedente a allungamento dei tempi di riconoscimento oltre che a reiterazione dell'istruttoria, essendo diverse le Commissioni giudicanti preposte - è quella di chiedere una valutazione di sordità civile per ipo-anacusie senili o, comunque, a carico di soggetti che abbiano manifestato il problema dopo il dodicesimo anno di età.

Ogni deficit dell'udito che insorga dopo il 12° anno di età e che non abbia una natura congenita o acquisita entro il predetto limite temporale **NON PUÒ ESSERE VALUTATO COME "SORDITÀ CIVILE"** e nel certificato introduttivo **DEVE ESSERE RICHIESTA LA VALUTAZIONE PER INVALIDITÀ CIVILE.**



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



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

Dal 1° 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.

