Bollettino

01-02/2019

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Foto: Fontana Maggiore - Perugia

indice

4 | Dei delitti e delle pene

6 | I nostri adolescenti

16 | Intervista dottor Sapori

28 | Privacy

38 | Relazione di Bilancio

BOLLETTINO DELL'**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI** E DEGLI **ODONTOIATRI** DELLA **PROVINCIA DI PERUGIA**

Sommario

3 UN VESTITO NUOVO

4 DEI DELITTI E DELLE PENE

6 I NOSTRI ADOLESCENTI

10 I VIAGGI INTERNAZIONALI E IL RUOLO DEL CENTRO DI MEDICINA DEI VIAGGI (CMV). BREVE FOCUS SULLA MALARIA

13 RICORDI DI ADELAIDE SUSTA

16 INTERVISA AL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO DOTT. LUCA SAPORI

20 INSUFFICIENZA RENALE DA STATINA

22 IL MUSCOLO SCHELETRICO COME ORGANO ENDOCRINO

26 COOPERAZIONE SANITARIA UMBRA IN ETIOPIA

28 PROVVEDIMENTO 55 DEL 7/03/2019: AGGIORNAMENTI AL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679

30 ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE 16 DICEMBRE 2018

38 RELAZIONE DI BILANCIO

41 GALLERIA FOTOGRAFICA

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.ssa Verena De Angelis
Tesoriere
Dott. Andrea Donati
(Consigliere Odontoiatra)
Segretario
Dott. Stefano Lentini
Consiglieri
Prof. Fortunato Berardi
Dott.ssa Patrizia Bodo
Dott. Marco Caporali
Dott.ssa Cristina Cenci
Dott. Alfredo Crescenzi
Dott. Stefano Cusco
Prof. Cesare Fiore (†)
Dott.ssa Alessandra Fucà
Dott. Gian Marco Mattioli
Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)
Dott. Primo Pensi
Dott. Tiziano Scarponi
Dott. Massimo SORBO
COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE
Dott. Antonio MONTANARI

COMPONENTI
Dott. Leonardo CANCELLONI
Dott. Andrea DONATI
Dott. Lorenzo OLIVIERI
Dott. Ezio POLITI

BOLLETTINO

Direttore responsabile
Dott. Tiziano Scarponi
Resp. Editoriale
Prof. Fortunato Berardi
Comitato di redazione
Dott.ssa Silvia CARSETTI
Dott.ssa Cristina CENCI
Dott. Igino FUSCO MOFFA
Dott. Alfredo NOTARGIACOMO
Dott. Lorenzo OLIVIERI
Dott.ssa Elisa PACCAMICCIO
Dott. Giuseppe QUINTALIANI
Prof. Fausto SANTEUSANIO
Dott. Massimo SORBO
Segretaria di redazione
Sig.ra Rita Micheletti
Impaginazione e stampa
Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012
E-mail presidente@ordinemediciperugia.it
segretario@ordinemediciperugia.it
uffici@ordinemediciperugia.it
commissioneodo@ordinemediciperugia.it
previdenza@ordinemediciperugia.it
Sito Internet www.www.ordinemediciperugia.it

UN VESTITO NUOVO

IL DIRETTORE TIZIANO SCARPONI

Cari colleghi, come avrete senza dubbio notato, il nostro Bollettino ha cambiato abito.
Innanzitutto chiediamo scusa per il ritardo con cui usciamo, ma purtroppo non è dipeso dalla nostra volontà: la tipografia di cui ci servivamo ha cessato all'improvviso l'attività lasciandoci di fatto a piedi. I tempi per reperire nuove offerte, valutarle e decidere, poi, hanno necessitato del tempo tipico della burocrazia del nostro ordine professionale, che ricordo è un organo sussidiario dello stato.
Premesso ciò, nel valutare le varie proposte abbiamo deciso di accogliere questa nuova veste tipografica che fa assomigliare di più il nostro Bollettino ad una rivista moderna, ma cercheremo comunque di mantenere la tradizionale filosofia: cronaca di sanità locale, linee guida, suggerimenti in merito alle normative che sono in continua evoluzione.
Sarebbero molto graditi contributi da parte di colleghi giovani che potrebbero vivacizzare molto i contenuti, credo, soprattutto in merito alla politica professionale, con l'obiettivo di evitare che le pagine diventino il trionfo "dell'amarcord". Questa celebrazione del passato potrebbe alimentare uno stile suggestivo e gradevole, ma avrebbe dalla sua, sempre una vena triste e malinconica e in questo periodo storico non ne sentiamo certo la necessità.

2009

2010

2012

2019

DEI DELITTI E DELLE PENE

DOTT. GRAZIANO CONTI

Eugenio Travaini, medico, fisiatra e docente universitario di riabilitazione, pubblicò nel 1972, "La malacarità" un testo che definì di pura fantasia, tracciando tuttavia un quadro quanto mai deludente della sanità nel nostro Paese.

Cosa sogna un giovane provvisto di una sincera vocazione per la medicina?

Una carriera professionale fulgida, ovviamente, costellata di soddisfazioni e riconoscimenti, naturalmente anche una certa agiatezza economica, in special modo se, come nel caso del protagonista di questo romanzo, si proviene da un ambito familiare non certo benestante.

Il giovane però parte da un presupposto da cui non transige: vuole raggiungere questi traguardi mantenendo sempre una condotta cristallina, senza scendere a compromessi o svendere la propria dignità all'altare di giochi di potere, connivenze, intrighi d'alcun genere.

Malauguratamente, l'ospedale ove il protagonista de "La malacarità" ottiene il suo primo impiego, si rivela proprio come un ambiente pullulante di manovre poco pulite... E così il nostro novizio viene a scoprire storture morali e materiali delle quali non avrebbe nemmeno sospettato l'esistenza. Ad esempio che per fare il presidente dell'Ospedale, scelto nell'ambito di figure politiche locali non eccessivamente in vista ma nemmeno d'infimo ordine, "non viene per nulla richiesta competenza di cose mediche". ...Ma ha potere di nominare primari a sua completa, personale discrezione. Anche i concorsi che vengono indetti sono per la maggior parte una squallida rappresentazione dove tutto viene deciso in precedenza, e la meritocrazia occupa una posizione trascurabile, tenuta blandamente in vita di tanto in tanto per salvare le apparenze. Il giovane medico si rende conto, e noi con lui sin dalle primissime pagine del romanzo, l'importanza che rivestirebbe il rivoltarsi contro un sistema tanto malato. Ma vede molti medici più anziani di lui i quali, partiti con le stesse buone intenzioni, si sono lasciati irretire e corrompere dal sistema e ora guardano con scetticismo e sarcasmo alle nuove, idealiste generazioni. Come si comporterà il nostro protagonista lo si scoprirà strada facendo nella lettura di queste pagine amare, realistiche del Travaini

Niente di nuovo sotto il sole, quindi. Questa lunga introduzione, nel ricordo di letture giovanili, nei miei anni da studente di medicina, potrebbe sembrare in qualche misura

una sorta di interpretazione e giustificazione delle vicende che in questi ultimi mesi hanno creato sconquasso nella sanità della nostra Regione. Tutt'altro.
Ho inteso qualcuno, in tono assolutorio, dire "si è sempre fatto così" o "tutti fanno così" e mi è tornato in mente il discorso di Craxi in Parlamento del luglio del 1992 in merito alle illegalità relative al finanziamento pubblico dei partiti. Disse "Se gran parte di questa materia deve essere considerata materia puramente criminale, allora gran parte del sistema sarebbe un sistema criminale". Della serie tutti ladri, nessuno ladro.
Io sono convinto che non è vero che, come dice il proverbio, mal comune è mezzo gaudio, mal comune è male doppio e i fatti di cui si è occupata la Magistratura sono certamente l'espressione di un modo di gestire la cosa pubblica riprovevole
Quella che principalmente colpisce in certi comportamenti è la disinvoltura, la convinzione di onnipotenza e di impunità.
Il Ministro Grillo che, pur essendo un medico, dimostra di non conoscere le procedure, ha chiesto da parte dell'Ordine la pena della radiazione per i medici inquisiti. Chiedere all'Ordine una giustizia rapida, severa e sommaria quando abbiamo anche difficoltà ad ottenere le dovute informazioni mi pare francamente fuori luogo.
Il giustizialismo, comunque, non fa parte del nostro DNA.
Ma stia pure tranquilla. Oltre ai fatti penalmente rilevanti esistono anche impegni deontologicamente vincolanti. L'Ordine ha già provveduto a prendere le opportune misure e procederà nei suoi compiti, nel rispetto della legge.
Quello che ci preme ed è quello che abbiamo evidenziato anche nel nostro comunicato è non confondere l'operato dei vertici della sanità umbra con l'attività giornaliera e l'abnegazione dei singoli colleghi e con l'integrità della categoria e questo, per fortuna, è un altro discorso

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

A seguito delle gravissime vicende che hanno recentemente coinvolto alcuni esponenti dei vertici della sanità umbra, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia condanna ogni distorsione dei meccanismi di scelta del personale che non siano fondati su criteri di merito, competenza e capacità e valuterà anche sotto l'aspetto disciplinare l'operato dei sanitari coinvolti.
Nel contempo l'Ordine resta al fianco di tutti gli iscritti che con dedizione e onestà svolgono le proprie funzioni di cura e assistenza alla persona nella Regione Umbria.
A causa di questi episodi riprovevoli, è stata posta in discussione dall'opinione pubblica l'integrità dell'intera categoria medica, che percepisce già da tempo un crescente malcontento nei propri confronti.
In realtà meno di un mese fa, con la pubblicazione del Rapporto SDO sulle dimissioni ospedaliere gli ospedali umbri sono stati riconosciuti dal Ministero della Salute tra quelli delle quattro regioni migliori del Paese per le prestazioni sanitarie offerte.
Un simile risultato non sarebbe stato possibile senza l'impegno e l'abnegazione dei professionisti che l'Ordine rappresenta, i quali quotidianamente, con il proprio lavoro, dimostrano, con i fatti, di non operare alcuna forma di ingiustizia e disuguaglianza.

Via Settevalli, 131F - 06129 Perugia (PG) - Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012 - Codice Fiscale 80000650541
sito internet: www.ordinemediciperugia.it - e-mail: uffici@ordinemediciperugia.it - PEC: segreteria.pg@pec.omceo.it

I NOSTRI ADOLESCENTI

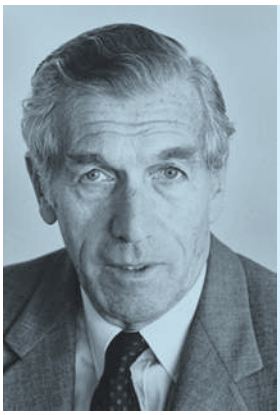
DOTT. TIZIANO SCARPONI

Una Pediatra di Libera Scelta mi telefona dicendo che ha un problema con la figlia di due miei assistiti: C.M. di 12 anni. Questa si presenta continuamente in ambulatorio, accompagnata solo ed esclusivamente dalla madre, lamentando cefalea e dolori addominali oltre a presentare un quadro di timidezza quasi patologica e uno scarso rendimento e inserimento scolastico. Alla fine di ogni visita la mamma manifesta però un'unica preoccupazione: non far sapere nulla al marito, altrimenti questo "si arrabbia". La collega pertanto mi chiede che tipo sia questo genitore, perché ha anche il sospetto che qualche volta arrivi a malmenare moglie e figlia e pertanto aveva l'intenzione di allertare i servizi sociali. Il padre di C.M. è stato uno dei miei primi pazienti all'inizio della mia carriera. Aveva 18 anni quando mi scelse come medico in una delle mie prime sostituzioni del suo vecchio curante che seguitò invece a prendersi cura di tutto il resto della sua famiglia. Questo è sempre stato definito da chi lo conosce nel quartiere, un gran lavoratore ma una "testa calda", sempre molto irascibile e pronto alle discussioni tant'è che nel tempo ha litigato con quasi tutti i parenti e i vicini di casa. Con me, però, ha sempre avuto un comportamento tranquillo e in quelle poche volte che è venuto a studio per dei piccoli problemi di salute, eravamo soliti scambiarci le nostre storie di come eravamo scampati, ognuno per la propria generazione, al bullismo che imperava nel rione dove eravamo cresciuti. Una volta sposato ha avuto tre figli di cui C.M. è la più piccola, nata a distanza dai primi due fratelli. Dopo le parole della pediatra non ho fatto altro che convocarlo con la moglie, raccontargli tutto e avvisarlo che se la collega mi avesse riferite il perdurare di questa situazione saremmo stati costretti a mettere in discussione per via giudiziaria il suo ruolo di padre ma che io, prima, avrei anche avuto la voglia di "mettergli giudizio" come si faceva una volta nel nostro rione. Sarà stato un caso, sarà stato perché la mamma aveva capito che aveva degli alleati, ma da allora C.M. ha smesso di soffrire di mal di testa e di pancia, è diventata meno timida anche se il rendimento scolastico ha lasciato sempre desiderare. Attual-

mente ha più di 20 anni, fa la commessa da qualche parte e l'ultima volta che è venuta a studio mi ha presentato il suo fidanzato.
Che cosa possiamo imparare da questa vicenda pur nella sua apparente semplicità? La definisco semplicità apparente perché se la pediatra non avesse sentito l'esigenza di contattarmi e cercare di mettere in campo il mio patrimonio di conoscenza della famiglia, gli sviluppi del problema forse avrebbero potuto prendere una piega completamente diversa: con l'intervento delle assistenti sociali e forse del tribunale dei minori avremmo avuto un il probabile aumento della conflittualità e della sofferenza di tutto il nucleo familiare.
Che cosa sarebbe di più semplice far transitare le informazioni fra pediatra e medico di medicina generale? Cosa costerebbe mai consultarsi fra di noi quando ci troviamo a dover gestire qualche problema complesso? Purtroppo però le cose più semplici sono quelle meno praticate.
Chi si prende cura dell'adolescente? Questa è una domanda ricorrente. Non più il pediatra, non ancora il medico di medicina generale. Agli inizi degli anni '90 una sezione provinciale della Società Italiana di Medicina Generale fece un'indagine con un questionario distribuito nelle sale d'aspetto dei propri ambulatori, in cui veniva chiesto a quale figura si rivolgessero per la prima richiesta di aiuto per un eventuale problema di salute: l'amico più grande di età era quello più consultato, poi il farmacista, il pediatra e il MG occupavano una posizione piuttosto bassa. Qualcuno dichiarava di essere andato dal medico di un amico per problemi che riteneva importanti. Certamente se lo stesso questionario venisse distribuito ora, il web, la Rete vincerebbe alla grande: informazione rapida, immediata, ma con quanti e quali rischi? Navigando nel web leggo da più parti dell'opportunità di dar

vita ad un nuovo specialista: l'adolescentologo. " ...**una figura capace di intercettare e prevenire le problematiche di salute specifiche di questa età, una figura che guardi alla persona come un tutt'uno di corpo e psiche, e in cui la psiche, molto spesso, è quella che comanda**." (M.Pandolfi)
Io non sono in grado di dire se questa sia la strada giusta da percorrere, ma colgo l'occasione per alcune riflessioni. In questo ultimo periodo della mia vita, spero solo professionale, mi sto interessando all'approccio complesso e sistemico in una cornice costruttivista pertanto non posso fare a meno di concepire o studiare un problema se non in un'ottica di relazioni e contesti.
Un organo fa parte di un corpo che appartiene e è anche una persona, questa vive in una famiglia che a sua volta vive in un contesto sociale che si dà in un certo periodo storico. Di questa relazione con questo periodo storico e con questo contesto sociale fa parte anche la mia persona che co-costruisce insieme all'altro da me il contesto e la narrazione del proprio rapporto medico-paziente. E' impossibile pertanto riuscire al singolo operatore poter rispondere se non in modo riduzionistico a problemi complessi come quello della gestione del "mondo adolescenza". Si dovrà pertanto ricorrere ad un approccio multidisciplinare, meglio transdisciplinare, in cui ognuno dovrà dare il proprio contributo.
In quale realtà operativa dovrà essere collocato questo tipo di approccio? Senza dubbio nel territorio, in quelle che dovranno essere considerate delle vere e proprie centrali gestionali della salute, mi riferisco alle cosiddette "**Comunità di Pratica**" come sono previste nel Piano Sanitario della Regione dell'Umbria che sta per essere licenziato." *E' di piena evidenza che la cronicità (*e molte altre situazioni dico io*) ha le stesse variabili significative di un sistema complesso e la necessità di una visione olistica d'intervento che tenga conto dei bisogni assistenziali, sociali e psicologici della persona. A tal riguardo e al fine di rispondere adeguatamente alla complessità multifattoriale, bisogna utilizzare modelli adeguati alla complessità e attivare politiche centrate sulla persona, rendendo possibile dare risposte di qualità, sicure ed economicamente sostenibili. Nella presa in carico della complessità si sta diffondendo la buona prassi della* ***Comunità di Pratica****, come modello inclusivo e partecipativo e definita come un luogo in cui i componenti, che condividono un obiettivo comune, approfondiscono la conoscenza delle problematiche connesse, sono strettamente interconnessi fra loro con rapporti caratterizzati da una forte reciprocità. Le comunità di pratica vanno considerate come aggregazioni informali di limitate dimensioni all'interno di contesti organizzativi formali più ampi e i loro membri condividono modalità di azione e interpretazione della realtà".*
Poiché mi si chiede di andare al di là delle parole faccio questa ipotesi. Ho censito quanto il mio Distretto Sanitario del Perugino offre al momento per i problemi degli adolescenti e giovani adulti: due sportelli consultoriali e uno sportello (SAP) di aiuto psicologico dislocati nelle scuole medie superiori, uno sportello universitario, il progetto YAPS basato sulla metodologia della *peer education* sempre nelle scuole medie superiori, progetto YAU per l'educazione sanitaria, progetto

COM.PRO sul contrasto dell'uso delle smart drugs. Quanti colleghi sono a conoscenza di queste risorse? Nessuno ha mai pensato di poter metterle in rete? Sarà possibile prevedere che i vari problemi che emergono possano essere indirizzati verso una risoluzione che passi attraverso una transdisciplinarietà di competenze capaci di interagire in un contesto biologico quanto psicologico e sociale?
Sempre nell'ottica di andare al di là delle parole, però, cominciamo intanto noi! Partiamo dalle realtà più facilmente percorribili con delle azioni semplici, ma già importanti. Il passaggio del ragazzo dal PLS al MMG è un momento che molto spesso viene vissuto come un semplice atto burocratico da fare all'ufficio anagrafe sanitaria della ASL, si dovrebbe invece costituire un vero trasferimento di informazioni e di dati che lo specialista ha via via accumulato negli anni e d'altra parte, il patrimonio delle conoscenze del MMG sulla famiglia dovrebbe essere più considerato e usato. Non si dovrebbe esitare, poi, difronte a dei problemi che coinvolgono tutta la famiglia, a prevedere un intervento simultaneo, ma per fare questo dovremmo essere preparati per cui, uno sforzo formativo integrato dovrebbe essere previsto, come dovrebbe essere prevista una modalità di comunicazione dei PLS con le neonate Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale.
Nel 2009 Wonca organizzò a Roma un workshop dal titolo "L'assistenza alla famiglia. Il rapporto fra Pediatra di famiglia e Medico di Medicina Generale: discontinuità, contiguità o progetto condiviso?". Al termine dei lavori è stato prodotto un documento di consenso finale che indicava le aree su cui si riteneva necessario continuare a fare una riflessione che portasse ai miglioramenti delle cure primarie auspicati nel workshop. Nel 2015 il direttivo di Wonca Italia decide di iniziare ad elaborare una scheda con un minimo di data set che il pediatra deve compilare al momento del passaggio in cura del ragazzo al MG, sono state sperimentate in una ASL della Brianza e da un gruppo di pediatri veneti, speriamo che prima o poi questa scheda venga istituzionalizzata rendendola anche informatizzata.
Voglio concludere citando il grande Paul Watzlawick che ci ricorda come la nostra comunicazione o non comunicazione costruisca sempre una realtà:



"Comunque ci si sforzi, non si può non comunicare. L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro."

I VIAGGI INTERNAZIONALI E IL RUOLO DEL CENTRO DI MEDICINA DEI VIAGGI (CMV). BREVE FOCUS SULLA MALARIA.

VINCENZA GIANFREDI 1, MASSIMO GIGLI 2, IGINO FUSCO-MOFFA 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia
2 USL Umbria 1, Dipartimento di Prevenzione, UOC Igiene e Sanità Pubblica, Centro di Medicina dei Viaggi

Il numero di persone che effettua viaggi internazionali sta aumentando. Anno dopo anno, infatti, sono sempre di più gli individui che intraprendono viaggi internazionali, anche in Paesi in via di sviluppo(1). Il viaggio internazionale pone vari rischi alla salute a seconda delle necessità sanitarie dei viaggiatori e del tipo di viaggio intrapreso(2). Infatti, i viaggiatori, possono incontrare improvvisi cambiamenti in altitudine, umidità, temperatura che possono causare disturbi e/o malattie. Inoltre, seri rischi per la salute possono derivare da alloggi di scarsa qualità, da una situazione igienico-sanitaria scadente, da servizi medici inadeguati e dall'indisponibilità di acqua potabile. Tutti gli individui che pianificano un viaggio devono cercare dei consigli sui rischi potenziali legati alla loro destinazione e comparendere come proteggere nel migliore dei modi la loro salute e minimizzare il rischio di contrarre una malattia. Una pianificazione attenta, l'adozione di misure preventive appropriate ed accorte precauzioni possono proteggere la salute dei viaggiatori e ridurre al minimo i rischi di incidenti e di contrarre malattie. Sebbene i medici e gli operatori del turismo possano fornire grande aiuto e consigli, rimane responsabilità del viaggiatore cercare informazioni, comprendere i rischi connessi al viaggio e prendere le necessarie precauzioni per proteggere la salute durante il viaggio. A tale scopo sono stati istituiti i Centri di Medicina dei Viaggi. In Umbria sono presenti 4 sedi individuate a livello ministeriale per la somministrazione e relativa certificazione della vaccinazione contro la febbre gialla, così come previsto dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)(3):
Perugia, Via XX Settembre 79 - Parco S. Margherita - Centro Medicina del Viaggiatore
Umbertide, Largo Cimabue - c/o Centro di Salute
Foligno, via Aspromonte 8 - c/o Centro di Salute Subasio
Terni, Via Bramante 35-C - Serv. ISP – c/o Ufficio Vaccinazioni
L'operato dei CMV risponde ai Livelli Essenziali di Attività (LEA)(4). Le attività del

centro sono quelle di fornire le informazioni e le raccomandazioni più aggiornate in merito a rischi e misure preventive necessarie prima di effettuare un viaggio internazionale. I dati quantitativi che seguono sono relativi al CMV di Perugia riguardano una analisi per l'anno 2016 (circa 900 accessi e 3.000 vaccinazioni) (5). Al centro accedono principalmente, e spesso più volte nell'anno, turisti (autonomi o organizzati), studenti (liceali o universitari), lavoratori (imprenditori o operai), stranieri che tornano temporaneamente in patria, volontari per cooperazione internazionale, pellegrini (soprattutto musulmani per la Mecca) e aspiranti genitori per adozioni internazionali. Secondo le linee guida dell'OMS, il CMV è tenuto a effettuare attività di counselling prima dello svolgimento del viaggio, prescrivendo l'eventuale profilassi farmacologica e/o vaccinale, oltre ad attività di consulenza post-viaggio. Durante la visita, il medico del servizio, raccoglie informazioni anamnestiche e sullo stato di salute del potenziale viaggiatore, e verifica i rischi relativi alla meta di destinazione. In tal modo la consulenza fornita risulta altamente personalizzata, in alcuni casi, è fatta anche di contatti con i medici curanti (MMG e ospedalieri) e il supporto di altre strutture aziendali. Al termine della consulenza, vengono rilasciati opuscoli informativi circa le misure di prevenzione individuali, che il viaggiatore potrà portare con se durante il viaggio; infine viene rilasciato il certificato vaccinale. Il momento della consultazione pre viaggio, deve essere anche sfruttato, non solo per indicare le eventuali vaccinazioni necessarie specificatamente per il viaggio, ma deve essere un ottimo momento per controllare lo stato vaccinale del soggetto, e consigliare quindi il richiamo di altre vaccinazioni, come ad esempio il richiamo decennale di difterite-tetano-pertosse. In particolare, i vaccini solitamente offerti sono quelli relativi a Febbre gialla (336 dosi), Epatite A (639 dosi), Epatite B (o Epatite A+B) (194 dosi), Febbre tifoide (orale e parenterale) (660 dosi), Colera (598 dosi), Poliomielite (43 dosi), Meningite meningococcica (ACWY, B, C) (247 dosi), Encefalite giapponese (6 dosi), Encefalite trasmessa da zecche (TBE) (12 dosi), Rabbia (pre- e post-esposizione) (44 dosi), Tetano e Difterite (155 dosi). Come detto, oltre alla profilassi vaccinale, può essere anche prescritta una profilassi farmacologica, che principalmente fa riferimento alla malaria, malattia per la quale abbiamo preparato una breve sintesi medica.

La malaria. Si contrae in seguito alla puntura di una zanzara femmina, infetta, di una delle circa 60 specie diverse appartenenti al genere Anopheles. Quest'ultima inietta nell'ospite umano un parassita, il plasmodio. All'interno dell'ospite umano, il plasmodio si modifica passando attraverso diversi stadi di sviluppo e riuscendo a evitare le difese del sistema immunitario, localizzandosi prima a livello epatico e quindi invadendo il circolo ematico, dando così avvio al ciclo eritrocitario, a cui segue una nuova fase di riproduzione. I sintomi della malaria di solito appaiono da 7 a 14 giorni (ma fino a alcuni mesi) dopo la puntura di zanzara. Il quadro clinico può presentare manifestazioni differenti che possono essere: febbre, mal di testa, dolori, vomito, diarrea, sudorazioni e tremori, ecc.... Sono simili, almeno inizialmente, a quelli di un'influenza o di altre infezioni, ma comunque il sintomo fondamentale è la febbre. La malaria può arrivare anche ad essere letale provocando emolisi massiva e quindi causando una forte anemia

ma, soprattutto, ostruendo i capillari che irrorano il cervello (in questo caso si tratta di malaria cerebrale da P. falciparum) o altri organi vitali. Il plasmodio della malaria è presente in tutte le aree situate nella fascia tropicale e subtropicale, dei 4 continenti. Il rischio maggiore, di contrarre questa infezione, si riscontra in alcuni Paesi dell'Africa, soprattutto sub-sahariana, dell'America Latina e in molti Paesi Asiatici, soprattutto del Sud-Est. In tutte queste aree sono presenti anche altre malattie trasmesse da vettori come dengue, chikungunya, febbre gialla, malattia da Zika, malattia del Nilo occidentale, filariasi, febbre della Rift Valley, vari tipi di Encefalite.

Prevenzione.
Alcuni tipi di Plasmodium falciparum, e più recentemente anche di Plasmodium vivax, resistenti ai più comuni farmaci antimalarici, si sono selezionati in molte zone di endemia, soprattutto nel Sud-Est asiatico e in Africa Orientale. Sebbene farmaci ancora pienamente efficaci siano disponibili sul mercato, non esiste un unico schema profilattico applicabile dovunque. Pertanto la chemioprofilassi idonea per chi si rechi in zona di endemia, va studiata caso per caso, in base al Paese visitato, al tipo di viaggio, al tempo di permanenza e, soprattutto, in base alle condizioni cliniche del soggetto. Naturalmente, alla chemioprofilassi si devono sempre aggiungere le normali misure di prevenzione meccanica (zanzariere, aria condizionata, ecc...) o comportamentali (abbigliamento, repellenti cutanei o per abiti, ecc...) della puntura della zanzara.
Sul fronte vaccini, la ricerca non ha ancora prodotto un vaccino efficace anche se esistono diversi possibili candidati su cui gli scienziati stanno lavorando e stanno già sperimentando in alcune zone dell'Africa. Fondamentale per una diagnosi tempestiva della malaria e delle altre malattie trasmesse da vettori è l'anamnesi positiva per un viaggio in un paese a rischio.
Oltre a quanto sinora affermato, è altrettanto importante segnalare i propri spostamenti internazionali sul sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, sul quale sito (www.viaggiaresicuri.it) sono anche disponibili costanti aggiornamenti relativi ai potenziali rischi nei paesi di destinazione del viaggio.

Referenze

1. ISTAT. Viaggi e vacanze in italia e all'estero, anno 2016 Marzo 2017 [December 2017]. Available from: https://www.istat.it/it/files/2017/03/Viaggievacanze-2016.pdf?title=Viaggi+e+vacanze+in+Italia+e+all%27estero+-+31%2Fmar%2F2017+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf.
2. World Tourism Organization. International tourism on track for a record year 2017 [March 2018]. Available from: https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/wtobarometereng.2017.15.5.1.
3. World Health Organization. International travel and health. Geneva2012. Available from: http://who.int/ith/ITH_EN_2012_WEB_1.2.pdf?ua=1.
4. S. O. n. 15 alla G.U. Serie Generale – n. 65 del 18/03/2017.
5. Gianfredi V, Moretti M, Gigli M, Fusco-Moffa I. Identikit of Umbrian traveller: analysis of clinical activity in a travel medicine unit, Italy. Annali Istituto Superiore Sanità. 2019;in press.

RICORDI DI ADELAIDE SUSTA

TIZIANO SCARPONI

Penso che sia capitato a tutti di eludere un impegno o un appuntamento. Incoscienza? Paura? E' difficile dirlo, anche perché cercare di capirne le cause, sarebbe comunque un modo di affrontare la questione e pertanto scatta quasi automatico il meccanismo della freudiana rimozione. Cara Ade, è passato più di anno da quando ci hai lasciato e solo ora trovo il coraggio o la voglia o la disponibilità mentale di parlarti.

Non me ne volere! Provo anche un senso di colpa...ho visto come i tuoi e nostri amici ti hanno commemorato al Centro Fiere di Bastia insieme ai tuoi pazienti e concittadini, e si! C'ero anch'io tra il pubblico e mi sentivo crucciato per non averti dedicato nemmeno una riga da condividere con te e con tutti dal palco, ma ero come immobilizzato, come quando nei sogni cerchi di scappare via da chi cerca di prenderti, ma più corri e più resti nello stesso punto.

La prima volta che ci parlammo in modo più personale fu in occasione di una manifestazione contro l'allora ministro della salute De Lorenzo, in cui quasi tutti i medici italiani marciarono su Roma per protestare contro l'aziendalizzazione della sanità. Ci trovammo per caso vicini di poltrona nell'autobus che ci portava verso la capitale e dopo che ci presentammo a vicenda, senza tanti convenevoli, incominciammo a parlare a briglia sciolta. Era come se ci fossimo conosciuti da sempre. Fui colpito dalla tua fierezza e determinazione nell'esporre la tua visione della vita, ti ponesti subito nuda senza minimamente preoccuparti di chi avevi davanti, indifferente ad eventuali giudizi e critiche. Mi ricordo che in quei giorni scioperavano i Monopoli di Stato e i tabaccai non venivano riforniti dei normali quantitativi di sigarette e pertanto compravi quello che trovavi. Durante una sosta scendemmo dall'autobus per fumare, io accesi una sigaretta dopo aver strappato il filtro perché troppo leggera, mentre tu accendesti un vomitevole "sigarino" esclamando:" Guarda come ci hanno ridotto questi pezzi di m...a!".

Da quella volta è nato un rapporto di stima reciproca, almeno credo, per cui ogni tanto ci sentivamo per problemi soprattutto legati alla Società Scientifica e al Sin-

dacato. Quante volte telefonavo a casa tua dopo le ore 21 e mi rispondeva Mimmo che con tranquilla rassegnazione mi diceva che eri ancora in ambulatorio.
Quella volta che andammo, sempre a Roma, a frequentare un corso sul colloquio motivazionale legato al cambiamento degli stili di vita deridendoci a vicenda, in quanto tu non eri mai riuscita a smettere di fumare e io a mettermi a dieta.
E quell'altra volta ancora al teatro dell'ONAOSI, in occasione di un convegno nazionale della Società Italiana di Geriatria in cui noi, unici medici di Medicina Generale della *faculty,* dovemmo sostenere le tesi della Medicina di Famiglia nei confronti dei più illustri geriatri del momento: non arretrammo di un centimetro.
Mentre scrivo sto scorrendo le foto del tuo profilo *FaceBook* che i tuoi figli giustamente hanno mantenuto e seguitano ad alimentare. Vedo le tue immagini: una di ragazza, qualcuna di donna giovane, la maggior parte di donna matura che è come ti ricordo. I tuoi abbracci con il tuo adorato Domenico. I tuoi capelli nero corvino di un tempo man mano sempre più grigi e anche l'espressione del volto sempre più stanca...la tua malattia. Oramai ci avevi abituato a ritenerti quasi invincibile e quando mi arrivava la notizia di un'ennesima recidiva quasi quasi non ci prestavo neanche più attenzione, convinto della tua ennesima remissione.
Non voglio perdermi nella ripetuta descrizione delle tue immense qualità umane e professionali, altri meglio di me lo hanno fatto: il tuo attaccamento alla professione e ai tuoi pazienti che spesso anteponevi anche ai tuoi famigliari. Il tuo essere moglie, madre, donna.
La tua veemenza nel prendere la parola durante le assemblee e le riunioni professionali che spesso, soprattutto in chi non ti conosceva, poteva scatenare qualche punta di irritazione.
Ti voglio salutare, pertanto, con un post che pubblicai sul tuo profilo FaceBook nel luglio del 2014 poco dopo l'uscita della tua raccolta di poesie "L'oltre", che meglio di tante altre parole rappresenta chi eri, anzi, chi sei!

Cara Ade, ho letto e riletto la tua raccolta di poesie "L'oltre" pubblicata da Morlacchi Editore, come ho provato e riprovato a scrivere qualcosa di commento. Ogni volta comincio e poi mi fermo. Che vuoi che ti dica? Mancanza di coraggio? Preoccupazione di come potresti interpretare le mie considerazioni? Probabilmente si, ma questa notte ho deciso di vincere questa mia resistenza. Ade, ti conosco da quando io, tu e Domenico abbiamo cominciato a muovere i primi passi della nostra vita professionale, oramai tanto tempo fa, e da subito mi colpisti per il tuo impeto con cui affrontavi qualsiasi problema. Con te non esistono le mezze misure e i mezzi colori, con te sono difficili mediazioni e concertazioni.....sei fatta così, frutto della tua focosa parte siciliana mescolata con la tua rude parte umbra. O tutta gioia o tutto dolore, tutto amore o tutta disperazione, ed è proprio questo che traspare nel leggere i tuoi versi. " L'assenza è esplosa" affermi da qualche parte e con questa deflagrazione ammutolisci e fai ammutolire...."sangue sul selciato", "non resta il tempo", "prognosi" sono versi che non danno adito ad altri sentimenti se non al dolore, alla rabbia, alla disperazione. Le parti più belle, quelle che ho letto più volentieri e quelle che danno il senso "all'oltre" sono quelle in cui il dolore e la disperazione cominciano ad affievolirsi, a scemare, a trasformarsi in tristezza, nostalgia, rimpianto.....e mi piace chiudere con quella che sottolinea questo passaggio e che per me è la più bella:

"Le strade"

Ripercorro le strade che tu mi insegnasti,
serpenti che attraversano i colli verdi del maggio.
Macchie di rosso richiamano il sangue dal cuore al cervello.
E piango.
Ripercorro le strade e ti parlo con la voce spezzata,
poi taccio e ricordo la tua assenza improvvisa.
Ascolto il dolore. Ripercorro le strade,
mi illudo che tu ci sia,
in fondo,
ad aspettarmi ridente"

INTERVISA AL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO DOTT. LUCA SAPORI

A cura di MASSIMO SORBO

1) Dott. Sapori, in qualità di Direttore Sanitario dell'Ospedale di Spoleto, quali ritiene siano i Servizi erogati dall'Ospedale che si pongono all'attenzione come esempi di "eccellenza" nell'ambito del panorama sanitario Umbro?

1) Il San Matteo degli Infermi di Spoleto è sicuramente un ospedale ad elevata vocazione chirurgica dove vengono effettuati interventi Programmati e in Urgenza di Chirurgia Generale, Ortopedia Oculistica e Ginecologia ad elevata complessità. Posso dire però che la chirurgia Robotica rappresenta una vera eccellenza. L'arrivo a Giugno 2018 del nuovo robot "Da Vinci" oltre ad aver accelerato un'attività robotica che comunque non si era mai fermata (l'Ospedale di Spoleto già nel 2002 si era dotato del Robot Chirurgico),sta segnando una vera e propria svolta nella chirurgia mininvasiva dell'USLumbria2 e dell'intera Regione; oggi è in funzione un Robot che rappresenta la più moderna evoluzione di questa tecnologia; permette al chirurgo di eseguire interventi complessi con un'invasività ridotta, riducendo le complicanze e i tempi di ricovero e favorendo così un più rapido recupero funzionale del paziente. Si tratta di uno strumento di ultima generazione per la chirurgia robotica mininvasiva più evoluta, grazie al quale l'atto chirurgico diviene sensibilmente più preciso garantendo il rispetto delle strutture "nobili" da cui spesso dipende la qualità di vita del paziente. In gran parte dei casi il robot infatti è dedicato al trattamento delle patologie oncologiche dove la radicalità curativa deve trovare il giusto bilanciamento con la necessità di preservare quanto più possibile la funzione dell'organo ammalato. E' chiaro che la tecnologia non è tutto, servono i professionisti per usarla in modo corretto ed appropriato; la Chirurgia Robotica a Spoleto è una tecnica che ormai viene applicata in Chirurgia Generale dall'equipes del Dr Graziano Ceccarelli e del Dr Giampaolo Castagnoli (60 interventi nel 1° quadrimestre 2019), in Chirurgia Urologica dall'equipe del Dr Luigi Mearini (30 interventi nel 1° quadrimestre del 2019) e in Chirurgia Ginecologica dall'Equipe del Dr Fabrizio Damiani (20 interventi nel 2019) e devo dire che questa casistica (110 interventi di Chirurgia Robotica, nei primi quattro mesi del 2019) rappresenta un' eccellenza nel panorama sanitario umbro e non solo.

Non dimentichiamo però che per mantenere elevati i livelli di qualità dell'Assistenza Sanitaria non bastano una elevata capacità professionale dei Chirurghi ed una innovativa tecnologia, è necessario l'apporto continuo e costante di tutte le figure professionali che partecipano nelle varia fasi del percorso clinico quali ad esempio gli anestesisti – rianimatori, i cardiologi, i radiologi, gli endoscopisti ecc. e sicuramente tutto il personale infermieristico di cui l'Ospedale di Spoleto può vantare un ottima preparazione e competenza. Anche il Dipartimento dell'Emergenza – Urgenza del San Matteo degli Infermi rappresenta un eccellenza sul territorio regionale, l'Unità di Terapia Intensiva ,diretta dal Dr Giulio Tazza, dotata di 4 posti letti ,allestita con le più moderne tecnologie rianimatorie e personale altamente preparato; un elevato livello di umanizzazione grazie anche al Progetto Rianimazione Aperta, particolarmente diffuso nei Paesi del Nord Europa ,ma in Italia attivato soltanto nel 20 % delle Terapie Intensive. Tutti sanno, che con il ricovero in rianimazione, pazienti e familiari si trovano improvvisamente in un ambiente altamente medicalizzato, con monitor e strumentazioni ad elevata tecnologia con allarmi sonori e visivi e con rigide regole di isolamento. Tutto questo determina un ulteriore carico emotivo sugli stessi, già provati dallo stato di malattia; una rianimazione aperta invece può essere definita come una struttura di cure intensive dove la presenza di parenti e familiari non viene considerata un intralcio o un rischio ma piuttosto una componente necessaria per il miglioramento delle cure e il benessere sia del paziente che della sua famiglia. Il lavoro svolto in rianimazione sotto gli occhi dei familiari contribuisce anche a dare rassicurazione, rafforzando la convinzione che il proprio congiunto è seguito con impegno e in modo continuativo. Infine l'accesso aperto favorisce una comunicazione più partecipata con i familiari e accresce la fiducia e l'apprezzamento per l'equipe medico – infermieristica.
Anche Il Pronto Soccorso, oggi diretto dal Dr G.Luca Proietti, con gli oltre 26.000 accessi nel 2018 e circa 800 pazienti in Osservazione Breve Intensiva, rappresenta una Struttura Sanitaria ad elevati livelli di qualità. Gli spazi sono stati ristrutturati di recente seguendo un profilo organizzativo e tecnologico che permette oggi un elevata capacità d'intervento in situazioni di emergenza; infatti il servizio si articola su 3 ambulatori distinti ed attrezzati per codice di priorità (i codici rossi che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso di Spoleto nel 2018 sono stati 235, 4753 i gialli e oltre 21.000 tra verdi e bianchi). C'è poi l'area riservata all'Osservazione Breve Intensiva (OBI) con 4 posti letto che assiste in media 1300 pazienti l'anno; si tratta di casi clinici complessi tali da non richiedere

nell'immediato ricovero ordinario, ma che vengono gestiti in un tempo di 24-36 ore con il supporto delle consulenze degli Specialisti dell'Ospedale e poi nella maggior parte dimessi con diagnosi e indicazione terapeutica; questo permette che dei 26.000 accessi all'anno solo l'11 % viene ricoverato, evidenziando valore alti di capacità tecnica e professionale. La qualità dell'assistenza del nostro Pronto Soccorso si arricchisce di un Servizio di Mediazione Culturale, di un Servizio di Supporto Psicologico, attivo da quest' anno, per gli utenti e i loro familiari, che si trovano in una situazione di forte impatto emotivo di fronte ad un evento traumatico e infine con l'accesso diretto ai reparti Pediatria e alla Ginecologia, senza così far pesare l'attesa su utenti particolare sensibili quali i bambini e le gestanti. Pongo anche in evidenza il reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale di Spoleto che rappresenta un vero polo di attrazione, in Umbria, per tutto il percorso della nascita e per la chirurgia Ginecologica. Nel 2018 sono nati nel nostro nosocomio 505 bambini, e considerato che mediamente nascono nel bacino di utenza dell'Ospedale circa 300 bambini, la differenza è indicativa dell'attrazione verso questo punto nascita da parte di donne residenti in altri territori. Tutto questo lo dobbiamo alla grande professionalità dei Medici e delle Ostetriche, alla qualità dell'accoglienza, alla possibilità di scegliere il parto attivo oppure il parto in acqua o la parto-analgesia, la diffusa cultura tra gli operatori di favorire sempre il parto naturale, ricorrendo solo quando strettamente necessario al parto cesareo (il numero dei parti cesarei si attesta un valore molto basso che è del 20 % su tutti i parti.) La ginecologia rappresenta inoltre un punto di riferimento per la chirurgia oncologica, nel 2018 sono stati eseguiti, dall'equipe diretta dal Dr Fabrizio Damiani, oltre 1000 interventi chirurgici nel gran parte con tecnica laparoscopica e come già accennato anche con procedura Robotica, favorendo pertanto la brevità del ricovero e la riduzione delle complicanze post-operatorie; di questi circa il 30 % sono stati eseguiti su donne provenienti da fuori USLUmbria2.

2) Nel rispetto del nuovo PSR, ritiene che l'Ospedale di Spoleto potrà sviluppare ulteriori progetti di miglioramento dell'assistenza al cittadino/utente? E se si, in quali Settori?

2) Sicuramente l'Ospedale di Spoleto potrà sviluppare nuovi progetti di miglioramento nell'assistenza al cittadino; mi preme sottolineare però che i risultati sono raggiungibili con l'integrazione e la messa in rete di tutte le organizzazioni sanitarie operative nella nostra Regione sia esse ospedaliere che territoriali onde costruire sinergie di intervento e pianificare una rete di appropriatezza dell'assistenza che ponga il cittadino realmente al centro di ogni progetto di pianificazione; esempi possono sicuramente essere l'abbattimento delle liste di attesa per l'esecuzione di esami diagnostici e di visite specialistiche e l'implementazione dell'ortogeriatria per qualificare il percorso assistenziale alle persone anziane sia in ambito chirurgico che riabilitativo. Ritengo inoltre che in Ospedale si possano sviluppare progetti che promuovono salute. Mi spiego: La maggior parte dei ricoveri ospedalieri è collegata a pluri-patologia cronica, spesso i pazienti necessitano di aiuto per realizzare qualche cambiamento del proprio stile di vita (astensione dal fumo, corretta alimentazione, sviluppo dell'attività fisica,

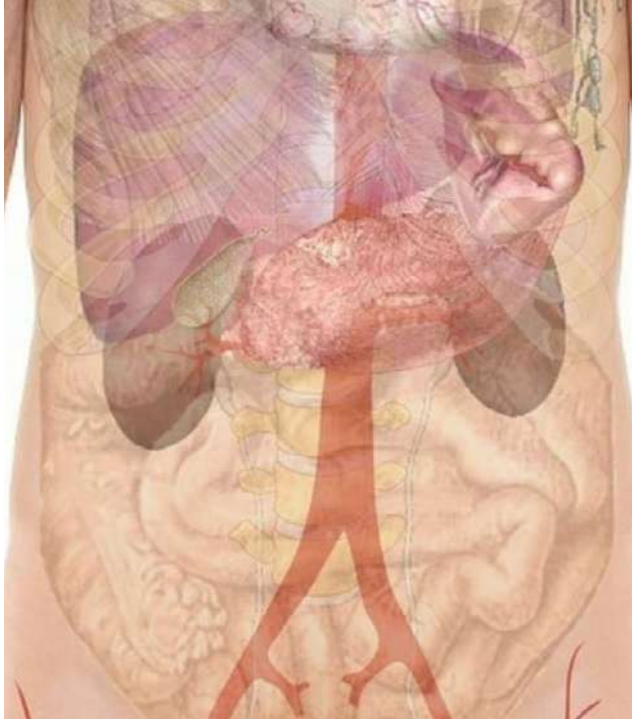
uso corretto dei farmaci, controllo del proprio stato di salute ecc.,) Il ricovero e la visita ambulatoriale in ospedale diventano una opportunità per far capire ai pazienti l'esigenza di modificare il proprio stile di vita. L'Ospedale rappresenta un importante setting per la promozione della salute e la prevenzione in quanto i medici e gli altri operatori ospedalieri hanno un alta conoscenza sui determinanti la salute, raggiungono un elevato numero di persone che accedono per il ricovero e per le prestazioni ambulatoriali, hanno competenza per tutte le informazioni connesse alla salute e inoltre il ricovero rappresenta un'opportunità per iniziare cambiamenti di stile di vita data la maggiore recettività dei pazienti al counselling.

3) Nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, quale è la situazione attuale nello Spoletino e quali percorsi ritiene possano essere attivati o migliorati riguardo in particolare l'assistenza ai pazienti con patologie croniche non trasmissibili secondo le linee del Piano Nazionale delle Cronicità recepite dalla Regione Umbria?

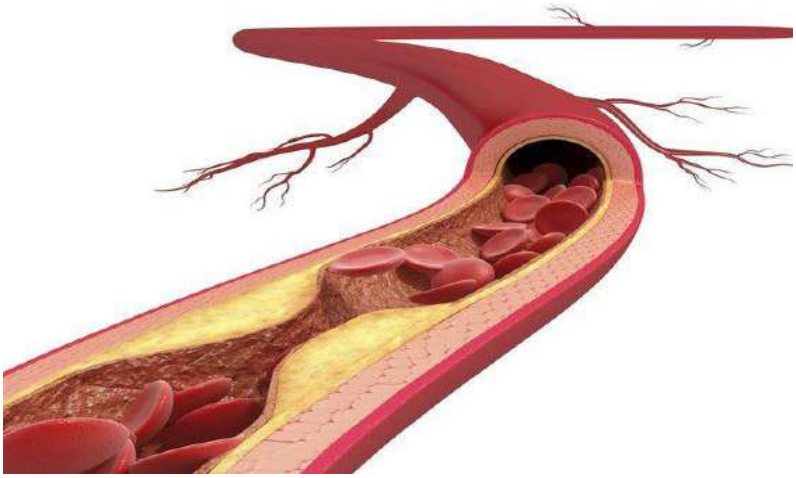
3) Nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio posso con certezza sostenere che l'organizzazione attuale, dell'assistenza al malato oncologico è una delle migliori nel contesto regionale. Nel sottolineare che questo argomento mi sta particolarmente a cuore per la mia passata esperienza di Direttore del Distretto, ritengo che il percorso assistenziale del paziente oncologico rappresenta un modello per questo territorio, per l'eccellenza raggiunta nella diagnosi e nella cura Ospedaliera, integrata con l'assistenza territoriale. Il Servizio di Diagnostica per Immagini, di Endoscopia Digestiva, di Diagnostica di Laboratorio così come la Chirurgia Oncologica di cui ho già detto, il Servizio di Oncologia ed Onco-ematologia, il Servizio di Radioterapia, punto di riferimento per tutta l'Azienda Sanitaria Umbria2 ,sono le strutture Ospedaliere che concorrono, strettamente collegate, alla presa in carico del malato nel percorso diagnostico e terapeutico così come nel territorio gli screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella, dell'utero e del colon, le cure domiciliari, le cure palliative e l'Hospice completano la rete della prevenzione e dell'assistenza. Non dimentichiamo che l'Hospice di Spoleto è stato il primo ad essere aperto in Umbria ed ha ottenuto nel 2010 la certificazione di qualità ISO-9001.Voglio ricordare che la qualità delle cure raggiunta, in questo ambito, lo si deve anche alla collaborazione attiva e permanente delle varie Associazioni di Volontariato, presenti nel territorio spoletino che oltre a donazioni e finanziamenti partecipano attivamente al processo di cura. Alcuni esempi: il contributo per l'ampliamento dell'Hospice, l'attivazione dello Sportello Oncologico, il progetto di make-up per le donne malate di tumore. Ritengo che tali livelli di qualità debbano essere raggiunti per tutti i percorsi diagnostici implementati presso l'Azienda USLUmbria2 e previsti dal Piano Nazionale Cronicità quali il paziente con Ictus, il paziente con Infarto Miocardico Acuto, il paziente con Trauma Maggiore, il paziente con BPCO e il paziente con Diabete. Tale miglioramento è sicuramente raggiungibile con l'impegno e la collaborazione di tutte le figure professionali che concorrono all'assistenza, dal medico di famiglia allo specialista ambulatoriale, dal medico ospedaliero al personale infermieristico e di tutti livelli organizzativi e gestionali.

INSUFFICIENZA RENALE DA STATINA

DR. FABRIZIO TIZIANI, SPECIALISTA IN UROLOGIA
DR. FABIO PARLANI, MEDICO MEDICINA GENERALE



Quando una statina raggiunge la circolazione sistemica, si possono ottenere effetti favorevoli così come eventi avversi, come quelli a carico del sistema muscolare. Il più grave è la sofferenza del muscolo scheletrico con aumento della creatinafosfochinasi cpk (enzima presente soprattutto nel tessuto muscolare scheletrico e nelle fibre cardiache) che raramente può sfociare in rabdomiolisi con insufficienza renale.Paziente maschio di anni 83 affetto da : diabete mellito tipo 2 (glibenclamide 5 m ½ cpr 3 volte/die), dislipidemia (rosuvastatina 20 mg), stenosi carotidea dx con pregressa endoarteriectomia carotidea sx (acido acetilsalicilico 100 mg), ipertensione arteriosa (ramipril 5 mg + idroclorotiazide 25 mg), gonartrosi bilaterale. Inizia a marzo 2014 la terapia con simvastatina 20 mg con valori normali di cpk e di funzionalità renale .nell'aprile 2017 sostituita la simvastatina 20 mg con rosuvastatina 20 mg . nel febbraio 2018, l'esame ematochimico di controllo mostra incremento dell'azotemia 80 mg/dl e della creatininemia fino al valore di 2.1 mg/dl (range 0.90 - 1.30) con clearance della creatinina stimata di 31 ml/min (ultimo controllo 13/09/2018). il paziente non riferisce dolore muscolare (polpacci, schiena) nè astenia.**s**i consulta (19/07/2018) il nefrologo il quale suggerisce una dieta aproteica e terapia con febuxostat 1 cpr a



PLACCA ATEROMASICA CAROTIDEA

giorni alterni inizia uno studio delle cause pre - re e postrenali: ecografia renale nella norma, ecocolordoppler arterie renali nella norma, ecografia vescicale nella norma con residuo post-minzionale 30 ml, esami - ematochimici (incremento azotemia, creatinina,Uricemia), urinocoltura negativa, esame delle urine nella norma, microalbuminuria assente, elettrocardiogramma (sporadiche extrasistoli sopraventricolari – deviazione assiale sx), rx-torace (esiti di fratture costali) e visita cardiologica nella norma. Nel frattempo si richiede un dosaggio della creatinafosfochinasi (CPK) che risulta di 562 u/l (range 0 – 190 u/l) aumentata di tre volte la norma.
Si sospende immediatamente la rosuvastatina 20 mg . Dopo quindici giorni (28/09/2018) dalla sospensione della statina, si effettua nuovo dosaggio della creatinafosfochinasi (CPK) e della funzionalità renale (CPK 242 ui/l, azotemia 41 mg/dl, creatinina 1.3 mg/dl, uricemia 4.5 mg/dl), colesterolemia 230 mg/dl. Si sostituisce la statina con ezetimibe 10 mg 1 cpr la sera (è il primo farmaco capace di inibire selettivamente l'assorbimento intestinale dei fitosteroli e del colesterolo assunti con la dieta) e si sospende febuxostat.Le statine sono efficaci nel ridurre il rischio cardiovascolare, ma hanno diversi effetti avversi, alcuni dei quali gravi, per cui la loro prescrizione deve essere sempre fatta in maniera appropriata, soppesando rischi e benefici.
Nei pazienti in monoterapia il rischio di miopatia (debolezza muscolare, CPK aumentato di 10 volte) è stimato essere inferiore allo 0.1% (lovastatina, simvastatina).
Tale rischio aumenta fino all'1% nei pazienti trattati con 160 mg/ die di simvastatina (1). In conclusione**,** la rabdomiolisi è un evento raro conseguente a danno, spesso multifattoriale (nel caso descritto a statina) della muscolatura scheletrica.
La sua prognosi dipende dalla presenza o meno di coinvolgimento renale. Danno renale acuto e iperkaliemia aumentano significativamente la mortalità correlata a rabdomiolisi. Quindi la diagnosi precoce e la sospensione della statina sono fondamentali al fine di migliorare l'outcome della patologia.

MIALGIA

bibliografia:

1) Christian U. et al, pharmacol. Ther. 80,1,1998

IL **MUSCOLO SCHELETRICO** COME **ORGANO ENDOCRINO**

dottor Francesco Gamuzza

Ippocrate, Padre della Medicina Occidentale, oltre duemila anni fa intuì che l'attività fisica poteva rappresentare un elemento importante per vivere in salute.

Soprattutto negli ultimi anni la Comunità scientifica, probabilmente sollecitata anche dalla sua intuizione, raccomanda a noi tutti e in qualsiasi età ci troviamo di svolgere un'attività fisica regolare al fine di mantenere un buon equilibrio psicofisico e possibilmente rendere la fase più avanzata della nostra vita meno condizionata da patologie degenerative purtroppo oggi tanto frequenti.
Fisiologi e Studiosi specializzati in questo campo sono giunti a questa convinzione, dopo aver svolto ricerche in laboratorio ed esperienze cliniche su numerosi soggetti, focalizzando la loro attenzione su quelli che conducevano una vita poco attiva sul piano del movimento e altri che al contrario praticavano una attività fisica di tipo aerobico, come ad esempio: camminare a passo moderatamente celere per circa un'ora più volte a settimana. Ciò che è emerso in maniera inequivocabile dai vari studi è che il muscolo scheletrico oltre ad essere un organo motorio associa la caratteristica di essere nello stesso tempo un organo endocrino; infatti durante la contrazione delle sue fibre rosse di tipo 1, in un esercizio di Resistenza costante e di intensità non eccessiva, produce delle sostanze denominate Citochine (Miochine) che immette nel torrente circolatorio e che negli ultimi tempi è stato possibile quantificare in laboratorio attraverso esami di ultima generazione come la Microanalisi e la Voltammetria. Queste sostanze di natura proteica svolgono varie funzioni localmente e in tutto l'organismo e in particolare hanno il potere, nel nostro caso specifico, di contrastare uno stato infiammatorio di basso grado dovuto a cause diverse che risulta essere alla base di molte patologie metaboliche croniche.
Mi preme sottolineare a tal proposito che la produzione di queste citochine indotta dall'esercizio fisico è qualitativamente e cronologicamente diversa da quella legata ad una infiammazione batterica o virale; infatti in quest'ultime si ha un incremento rapido del Fattore di Necrosi Tumorale (TNF-alfa) a cui segue

la produzi one delle citochine IL-1 e IL-6 che insieme formano un Trio che risulta alla base della genesi di uno stato infiammatorio (Fig.1).

Durante l'attività fisica invece viene rilasciata per prima la IL-6 la quale attiva un'altra sequenza fatta da Citochine antinfiammatorie come la IL-1ra e IL-10 che inibiscono la formazione del TNF-alfa (Fig.2).

Come si può notare la citochina Il-6 può quindi essere considerata pro-infiammatoria o antinfiammatoria a seconda del tipo di sequenza temporale che segue la sua produzione. E' importante sottolineare che non soltanto il TNF-alfa rappresenta l'interruttore che dà il via ad ogni tipo di infiammazione, ma che nello stesso tempo viene inibito dall'esercizio fisico. A conferma della sua importanza, nella pratica clinica è stato messo a punto un farmaco biologico l'Infliximab, inibitore specifico dello Stesso, per il trattamento di diverse patologie su base infiammatoria: come l'artrite reumatoide, il Morbo di Crohn, la Colite emorragica.

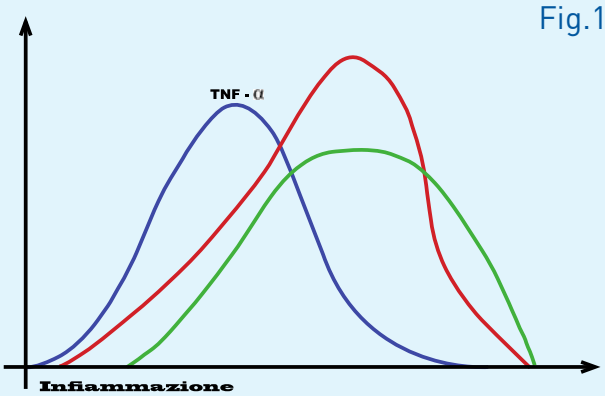


Fig.1

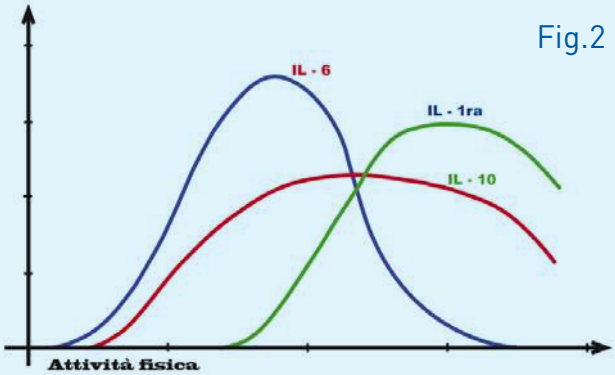


Fig.2

La proprietà endocrina sopracitata del muscolo striato derivante dalla sua attività contrattile e la relativa produzione di Citochine specifiche è stata messa a punto da Pedersen B.K. (2013). Lo Studioso danese infatti ha dimostrato che l'esercizio fisico regolare e di tipo aerobico svolge un'importante azione contrastante l'infiammazione soprattutto quella cronica di bassa intensità che è risaputo essere alla base di alcune malattie come: il cancro, alcune affezioni cardiovascolari, l'adiposità, le degenerazioni cerebrali, le osteoartriti, il diabete di tipo-2, le malattie autoimmunitarie dell'intestino. Secondo l'Autore ciò si verifica in quanto i muscoli in attività comunicando con molti organi interrompono in maniera del tutto naturale il circolo vizioso sostenuto dalle Citochine infiammatorie. Lo Stesso Studioso ribadisce, in un suo report pubblicato nel 2015, a conferma di quanto sopradetto, che l'esercizio fisico regolare equivale, come efficacia, ad una terapia

farmacologica di tipo antinfiammatorio in particolar modo nella patologia reumatica. (Benatti F.B.- Pedersen B.K. 2015)

E' importante anche sottolineare che i benefici che derivano dall'esercizio fisico si riverberano anche sulle attività cerebrali, in particolare, quelle degli anziani rallentando l'insorgenza e nello stesso tempo migliorando la presenza di un eventuale decadimento delle funzioni intellettive residue come: la memoria, l'attenzione, il controllo esecutivo, l'equilibrio psichico, l'umore. Ciò si spiega con l'incremento: 1) della Neurogenesi (proliferazione persistente delle cellule staminali cerebrali al di là dello sviluppo embrionale) (K. Spalding 2013), 2) della Connettività cerebrale (cioè la Capacità dei programmi e dei dispositivi di collegarsi e scambiarsi informazioni), 3) della Plasticità Sinaptica (creazione di nuovi circuiti nervosi tra le cellule cerebrali in particolare a livello di alcuni distretti cerebrali come il Bulbo olfattivo, l'Ippocampo e la Corteccia prefrontale. L'elemento che è alla base di questo processo neurogenetico è rappresentato soprattutto da una Proteina prodotta in notevole quantità dal muscolo in attività e in minor misura dal cervello a riposo e denominata BDNF (Brain Derived Neurotrofic Factor) che funge da legame fisiologico tra l'attività muscolare e i processi trofici dell'encefalo (Mattson M.P. 2004). Gli esami di Imaging come la risonanza magnetica funzionale (RMN) (G.A. Pilz e Coll. 2018) ha confermato quanto sopradetto evidenziando spesso un miglioramento qualitativo e quantitativo del volume cerebrale in toto ed in particolare della Sostanza Grigia e Bianca a livello della Corteccia prefrontale e temporale, dell'Amigdala e dell'Ippocampo (aree cerebrali, queste ultime deputate rispettivamente alla nostra vita emozionale e alla conservazione della nostra memoria).

Ancora una volta si dimostra che la macchina umana è nata per correre o quanto meno per evitare la sedentarietà, un'abitudine pericolosa nel mondo di oggi tanto diffusa a causa della pigrizia ingravescente e della diffusione dei vari mezzi di locomozione anche all'interno delle aree abitative. L'uomo della nostra epoca se segue questa naturale inclinazione, rappresentata dall'attività fisica regolare e quotidiana, ha la possibilità di contribuire a ridurre di molto il rischio di un declino psico-fisico prematuro (Biswas A.-2015) e di confermare il detto del poeta latino Giovenale vissuto nel 1° secolo che recita: "Mens sana in corpore sano". (i due beni maggiori che il Poeta considerava di origine divina e che l'uomo della nostra epoca può avere a sua disposizione adottando uno stile di vita basato anche sul

movimento che oggi sappiamo essere una caratteristica inscritta nel nostro Dna. Adottando questo comportamento sarà possibile ridurre in parte la terapia farmacologica di tipo sintomatico che oggi rappresenta la panacea per molti dei nostri malanni cronici e che purtroppo può essere alla base di molti effetti collaterali che rendono la nostra vita talvolta più problematica; per convincerci di ciò bisognerebbe considerare l'attività fisica come un cocktail straordinario che racchiude in sé farmaci antipertensivi, ipoglicemizzanti, ipolipemizzanti, ansiolitici, antinfiammatori.
Abbiamo un mezzo naturale, il Movimento, tra l'altro validato sempre più dalla Scienza Medica e consigliato dalle Linee Guida del nostro Ministero della Sanità (2014), che ci permette di stare in salute e che pertanto merita di essere adottato senza remore anche perché è alla portata quasi di tutti, è gratuito, è sempre a disposizione in qualsiasi periodo dell'anno ed ha la prerogativa tra l'altro, riducendo la spesa sanitaria che oggi raggiunge circa l'8% del nostro PIL e l'80% del finanziamento dello Stato alle Regioni di offrire più ossigeno alle nostre finanze nazionali e regionali purtroppo da qualche tempo ridotte al lumicino.
Mettere oggi la sedentarietà al bando fin dall'infanzia è un impegno inderogabile perché ha lo scopo di far crescere sani i bambini di oggi e di far vivere noi adulti più a lungo e in buona salute. Almeno questo è l'auspicio che mi auguro possa realizzarsi in futuro per molti di noi.

BIBLIOGRAFIA:

Pedersen B.K.: - "Muscle as secretory organ"
Comp. Physiology: 3, 1337-62, 2013

Pedersen B.K.: - Exercise induced myokine an their role in chronic diseases.
Brain Behaviour Immun.: 25,811-6 , 2011

Motta Nello Portugal: - "Neuroscience of exercise: From Neurobiology Mechanism To Mental Health.
Neurophysiology: 68, 1-4, 2013

Spalding K.: - "Dinamics of Hippocampal neurogenesis in adult humans.
CELL.: 153: 1219-27, 2013

Biswas A.: - "Sedentary time and its association with risk for diseases incidence mortality.
Ann. Intern. Med.: 162. 123-32, 2015

Pilz G.A.: - "Live imaging of Nurogenesis in the adult mouse Hippocampus"
Science: February, 2018

Benatti F.B.- Pedersen B.K.: - "Exercise as an antinflammatory therapy"
Nat. Rev. Rheumatol.: 11, 86-97, 2015

Wash J.J.: - "A multifaceted investigation into the effect of acute exercise on indices of brain functions"
-"Appl. Physiol. Metab. - 43: 411, April 2018

Erikson K.I.: - "The aging hippocampus. Interaction between exercise and BDNF"
Neuroscientist: 18, 82-97, 2012

COOPERAZIONE **SANITARIA UMBRA** IN ETIOPIA

Antonio Loiacono
Presidente di GSI Italia

Mettere a disposizione la propria esperienza professionale per brevi periodi o, in modo più impegnativo quando il pensionamento mette a nostra disposizione maggiore disponibilità di tempo e opportunità per un suo proficuo investimento, fa parte della aspirazione di molti medici.

Il *prendersi cura* è parte dell'habitus culturale e, in parte anche psicologico, del professionista della medicina e la statistica conferma questa evidenza. Molti dei professionisti e dei volontari della cooperazione allo sviluppo sono possessori di una laurea in medicina e la cooperazione sanitaria rappresenta da sempre e lo sarà sempre di più, parte rilevante del sostegno finanziario di donatori istituzionali e privati.

La *mission* di alcune Organizzazioni Non Governative è espressamente rivolta alla cooperazione sanitaria, come è per E*mergency, Medicins Sans Frontieres*, per citarne alcune di maggiore notorietà. Altre ong operano in più ambiti e settori ed è questo il caso della Associazione GSI Italia (www.gsiitalia.org), organizzazione umbra, con sede a Spoleto, operativa da oltre venti anni in Africa e America latina, con progetti e programmi di cooperazione allo sviluppo in ambito agricolo, in attività generatrici di reddito e negli ultimi anni, sempre di più, nell'ambito sanitario.
Interventi a sostegno di donne abusate in Marocco prima e di bambine di strada in Congo poi, sono i principali interventi di genere. La donna rappresenta il soggetto principale di tutti gli interventi della ong umbra, dallo Yucatan, Messico al Burchina Faso e al Togo nel sub Sahel. Negli ultimi 5 anni l'*obiettivo sanità* è diventato l'obiettivo prioritario e in Etiopia ha assunto la sua maggiore espressione.
Negli anni 2014-15 è stato l'impegno concreto nell'allestimento di *healt center* nel sud del Paese, in quella valle dell'Omo in cui popolazioni primitive mancano di quel minimo di assistenza medica che il governo sta tentando di promuovere grazie alla buona crescita economica, che raggiunge le due cifre annuali.
In quegli anni GSI Italia si rese conto che lo sviluppo sanitario da parte del governo

si limitava alla parte più semplice dell'impegno, quello della costruzione di strutture sanitarie puntualmente mai aperte alla attività e dell'acquisto di tecnologia medicale, inutilizzata per mancanza di operatori capaci di trasformarle in servizio.
Da questa evidenza la scelta operata dal Consiglio di Amministrazione della Associazione di investire nella formazione e nella specializzazione di medici e paramedici. Inizialmente sono stati colleghi medici della Federico II di Napoli a prestarsi al lavoro di volontariato sanitario ma poi hanno inizato a rendersi disponibili medici toscani, emiliani e umbri, già primari di clinica e oggi espressione della solidarietà sanitaria dell'Umbria nel mondo, dallo Swartzland a San Domingo e ora in Etiopia.
Il Pap-test in Etiopia è un test noto ma non praticato. GSI Italia lo ha proposto alla Università di Gondar, dopo quella di Mekele (2017). Nel gennaio 2019 i primi medici etiopi sono ospiti della Azienda Sanitaria perugina per la formazione citologica e in marzo il dr Francesco Panella, gia primario di ostetricia e ginecologia a Foligno, sarà a Gondar a formare i ginecologi etiopi. Marco Franceschini, già primario di Trevi e Silvano Lolli, primario di Medicina di Urgenza a Foligno, saranno al St Paul Millennium Hospital, principale struttura ospedaliera di Addis Abeba, dove avvieranno il primo corso di fisioterapia e riabilitazione della capitale, con l'aiuto eccellente del neurologo bolognese Sergio Stecchi. Sarà poi la volta dei colleghi dell'Ospedale del Cure di Massa Carrara, cardiologi, cardiochirurghi e anestesisti, che attiveranno il primo programma di screening delle valvulopatie reumatiche nelle scuole etiopi e il trattamento dei casi operabili.
Quanto descritto è per ricordare ai colleghi umbri e perugini in particolare, che impegnarsi a favore di popolazioni bisognose, è possibile. Si può fare.
GSI Italia può essere il tramite utile per un impegno di solidarietà internazionale, per dare prospettiva e realizzazione a quella generosa sottile e persistente disponibilità al *prendersi cura* propria di noi medici.
GSI Italia sta approntando l'invio di un container a Kinshasa e di un secondo container ad Addis Abeba, l'Asl perugina ha messo a disposizione attrezzature sanitarie dismesse e ancora efficienti, così stanno facendo colleghi umbri privati, con l'invio di strumentazioni di loro proprietà.
Invito chi avesse a disposizione materiali e attrezzature che intende mettere a disposizione per il Congo o per l'Etiopia, di farlo con una certa sollecitudine, contattando la sede sociale di GSI Italia al n. 0743 49987 o comunicando natura e quantità dei materiali a mezzo e-mail all'indirizzo info@gsitalia.org.

PROVVEDIMENTO 55 DEL 7/03/2019: AGGIORNAMENTI AL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679

GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Garante per la protezione dei dati personali ha emanato il 7 Marzo passato un decreto (nr 55) per fornire agli operatori del comparto sanitario "Chiarimenti sull'applicazione della disciplina per il trattamento dei dati relativi alla salute".
Nel Maggio 2018 si scoprì l'esistenza di un Regolamento Europeo (2016/679) che era in realtà già in vigore dal 2016 e che doveva essere applicato in pochi giorni anche alla nostra realtà lavorativa: fu un periodo di generale caos, altalenante tra complottisti e disfattisti, illusorie speranze di rinvii o improbabili moratorie, e notizie di sanzioni pesantissime a chi non si fosse messo in regola.
Comunque si riuscì ad intraprendere un percorso formativo virtuoso che portasse gli operatori sanitari ad adeguare la propria attività e proteggere con efficacia i dati personali dei pazienti.
Questo Decreto nasce per chiarire il precedente Regolamento Europeo, ma il tourbillon informativo che ne ha accompagnato l'uscita ha rischiato di riportare confusione e auto interpretazioni.

Cerchiamo di fare chiarezza:
Il Provvedimento 55 del 7/03/2019 non è prescrittivo, spiega semplicemente "il mutato assetto della disciplina giuridica in tale ambito". Il Provvedimento non aggiunge nuove regole, non toglie obblighi presenti nel Regolamento 2016/679.
Le spiegazioni riguardano:
Obbligo di nomina del Responsabile per la Protezione dei Dati personali (RPD oppure DPO)

Il Decreto 55 ribadisce che le strutture sanitarie pubbliche e quelle private che pongono in essere trattamenti di dati sanitari su larga scala devono nominare il Responsabile per la Protezione dei Dati personali (RPD oppure DPO).
Ribadisce altresì che **questa figura non sia obbligatoria per i singoli professionisti**, anche se da più parti giunge il consiglio di nominarlo nei casi di associazioni tra professionisti.

Il periodo di conservazione dei dati

Per la conservazione dei dati, il Decreto 55 **ribadisce le tempistiche ormai note**:

conservazione illimitata della cartella clinica e dei relativi referti; conservazione per un periodo non inferiore a dieci anni per la documentazione iconografica radiologica; vale comunque sempre la regola generale che pone il limite al raggiungimento dello scopo del trattamento e quindi del motivo per cui si sono acquisiste le informazioni personali.

Necessità di redigere e tenere un Registro dei Trattamenti

Il Decreto **conferma l'obbligo di adozione del Registro dei Trattamenti** in ambito sanitario anche per i singoli professionisti. Strumento che, si ricorda, realizzando un censimento delle attività di trattamento dei dati posto in essere dal titolare, rende possibile l'acquisizione della sua consapevolezza rispetto a questa delicata attività, ottenendo in questo modo più risultati: adempiere all'obbligo previsto dall'art. 30 del Regolamento 2016/679 e capire dove intervenire per evitare problemi.

Il consenso al trattamento dei dati personali per le professioni sanitarie

Nel Decreto si ripete che il consenso al trattamento dei dati nell'ambito dell'attività dell'operatore sanitario poste in essere per finalità di cura (e quindi quelle "di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali") non ha bisogno del consenso del paziente ("Diversamente dal passato, quindi, il professionista sanitario, soggetto al segreto professionale, non deve più richiedere il consenso del paziente per i trattamenti necessari alla prestazione sanitaria richiesta dall'interessato, indipendentemente dalla circostanza che operi in qualità di libero professionista (presso uno studio medico) ovvero all'interno di una struttura sanitaria pubblica o privata").
Il Decreto 55 ribadisce altresì che c'è la necessità che il paziente esprima la sua volontà nel caso di utilizzo dei dati per programmi di fidelizzazione, o per inserimento all'interno di campagne commerciali, o ancora in casi particolari come nell'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, di un dossier sanitario, o di app mediche per piattaforme informatiche.
L'ottenimento del consenso dovrà avvenire attraverso un percorso più efficace, con un testo più facilmente interpretabile fatto di frasi piuttosto stringate, e, qualora avvenga, ripetuto più volte durante il percorso di cura ("stratificato").

Quindi in sintesi il Decreto 55 del 07/03/2019 non inserisce nulla di nuovo nel quadro normativo in materia di trattamento dei dati personali, ma da utili input ai Sanitari per proteggere con efficacia i dati personali dei propri assistiti, così come quotidianamente fanno per la tutela della loro salute.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE

DOTT: GRAZIANO CONTI

L'assemblea si è aperta, come di consueto, col saluto da parte del Presidente a tutti gli intervenuti e in particolare ai medici chirurghi e agli odontoiatri neo-iscritti e ai colleghi laureati nel 1968 festeggiati in riconoscimento della loro testimonianza di dedizione e attaccamento alla professione.
Prima di passare agli argomenti posti all'ordine del giorno, sono stati ricordati i colleghi che ci hanno lasciato nell'arco di tempo che va dalla precedente assemblea alla fine del 2018.
Sono ventidue cui si aggiungono altri quattro deceduti negli ultimi mesi del 2017, di cui non eravamo informati alla data dell'ultima assemblea A loro l'Assemblea ha dedicato un minuto di silenzio e raccoglimento.
Successivamente il Tesoriere ha illustrato il rendiconto finanziario dell'anno 2017,

Dott. Antonello AUGUSTI
Dott. Pietro AZZARELLI
Dott. Leno BASSI
Dott.ssa Metilene BRUNI
Dott.ssa Gabriela CARIGNOLA
Dott. Michele CASSANO
Dott.ssa Maria COZZARI
Dott. Furio FAZZIOLI
Prof. Paolo FILIPPONI
Prof. Cesare FIORE
Dott.ssa Daniela FIORETTI
Dott. Giorgio FONZO
Dott. Alessandro FRIJA
Dott. Walkiria GIORIA
Dott. Luciano GUERRIZIO
Dott. Alessandro LAURETI
Dott.ssa Silvia NANNI
Dott.ssa Marina REGGIANI
Dott. Mauro ROSIGNOLI
Dott. Liberato SARACCA
Dott.ssa Rafaella SARZANI
Dott. Filippo SILVESTRI
Dott. Vittorio STELLA
Dott. Carlo STORELLI
Dott. Giancarlo TOCCACELI
Prof. Maria Pia VIOLA

già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 10.04.2018: l'assestamento del bilancio preventivo 2018 già approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 10.12.2018 e il Bilancio di previsione 2019 licenziato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 10.12.2018.

Tutti e tre i documenti, già verificati e approvati dal collegio dei Revisori dei Conti sono stati approvati alla unanimità dei presenti.

Dopo la illustrazione della attività degli uffici e degli organi statutari: Consiglio Direttivo, Commissione Medici, Commissione Odontoiatri, commissioni consiliari in particolare quella per la formazione e l'aggiornamento degli iscritti, quella per i rapporti con le istituzioni, quella per i rapporti ospedale-territorio e della redazione del bollettino, il Presidente ha espresso un particolare ringraziamento al dott. Antonio Montanari, Presidente CAO per la sua valida collaborazione alla gestione dell'Ordine e in particolare per la sua attenzione alle problematiche dei liberi professionisti.

In merito alla situazione iscritti queste le variazioni tra l'assemblea del 2017 e quella del 2018: in aumento gli odontoiatri con + 12 iscritti, in aumento di 81 unità i medici con 5159 iscritti all'Albo Medici e 735 all'Albo Odontoiatri, cui, per effetto delle doppie iscrizioni (323) corrispondono 5571 persone fisiche.

Il Presidente ha poi ricordato l'attività dell'Ordine nel campo della formazione con la collaborazione con UNIPG, sia con la convenzione per l'insegnamento della Medicina Generale che con quella per lo svolgimento del tirocinio post-laurea e pre–abilitazione e la collaborazione con la Regione e la Scuola Regionale di Amministrazione Pubblica di Villaumbra per lo svolgimento del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Ha poi ricordato il partenariato con la federazione nazionale FNOMCeO/OMCeO in rete che consente, tramite le strutture della federazione stessa, una semplificazione e accelerazione delle procedure di accreditamento.

Il calendario degli incontri, nel 2018 ha visto l'accreditamento e lo svolgimento di 16 incontri. Dopo il primo semestre abbiamo perso lo stimolo e l'entusiasmo del prof. Cesare Fiore, che ci ha prematuramente lasciato. Competente e appassionato coordinatore della commissione aggiornamento e formazione è stato sostituito in questo ruolo dalla dott.ssa Claudia Giannoni che con l'aiuto e la collaborazione di tutti i membri ha profuso dal mese di luglio tutto il suo impegno con estrema dedizione.

Il Presidente ha poi proseguito con qualche riflessione sul mondo sanitario.

"Vi sarebbero molte cose da dire su quanto è accaduto in questo ultimo anno.

Le mancate o insufficienti stabilizzazioni nel precariato e nello sblocco del turn

over del personale, il persistente blocco di contratti e convenzioni, cui purtroppo si associano le difficoltà di lavoro, le violenze nei confronti dei medici nei luoghi di lavoro, le violenze nei confronti di colleghe di C.A. operanti in sedi non adeguate (è di venerdì scorso una mozione del CN per trasformale il DDL in discussione in un DL), le incertezze legislative.

Ma io vorrei oggi parlare di tre cose:

1) *il nuovo ruolo degli Ordini;*
2) *il futuro dei medici;*
3) *i quaranta anni del SSN.*

IL NUOVO RUOLO DEGLI ORDINI

La legge n. 3/2018, in vigore dal 15 febbraio, ha modificato il ruolo degli ordini, da organi ausiliari dello stato siamo diventati organi sussidiari. L'Ordine pertanto agisce quale organo sussidiario dello Stato ai fini di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento connessi all'esercizio professionale.

Non si tratta solo di una modifica semantica. Qualcuno della mia età ricorderà il sussidiario delle scuole elementari: il testo che integrava il libro di lettura e l'insegnamento del maestro nelle varie materie di studio. Secondo la Treccani sussidiario è ciò che serve di sussidio, di aiuto; che costituisce un mezzo complementare e integrativo. Da un punto di vista strettamente giuridico, per comprendere la distinzione fra Organi ausiliari e Organi sussidiari dobbiamo rifarci alla dottrina e all'interpretazione del diritto. Non per questo la differenza è marginale, anzi è sostanziale. I concetti giuridici di organo ausiliario e organo sussidiario rientrano nel più ampio concetto di ente strumentale. In buona sostanza, la pubblica amministrazione può svolgere alcuni suoi compiti attraverso l'organo ausiliario, che però è sottoposto ad un controllo vincolante da parte dell'ente primario; il concetto di ente sussidiario privilegia invece una maggiore autonomia dell'ente rispetto ai compiti dell'ente primario anche se quest'ultimo, come è ovvio, mantiene un generico potere di vigilanza. Si può quindi senza timore affermare che gli enti sussidiari possano svolgere compiti amministrativi in nome e per conto dello Stato. In altre parole, cambia la natura istituzionale degli Ordini, così come cambieranno i loro compiti.

Non a caso alla fine dello scorso mese di novembre è stato siglato un protocollo tra la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) per la istituzione di un tavolo di confronto permanente con l'obiettivo di dialogare, ognuno per le proprie competenze, su alcune tematiche di interesse sanitario.

Nove, sinora, gli argomenti al centro del Tavolo:

1) ruolo professionale del medico e dell'odontoiatra con riguardo alle competenze, l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei princìpi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva;
2) fabbisogni del personale medico e programmazione e sviluppo dei sistemi

sanitari regionali;
3) promozione della legalità e della trasparenza a tutela dei cittadini e delle istituzioni;
4) verifica di ipotesi per regolamentare le modalità di apertura ed utilizzo degli studi medici ed odontoiatrici;
5) elaborazione di iniziative in ordine alla prevenzione del fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari;
6) rispetto delle prerogative correlate con lo svolgimento di ruoli, all'interno dei Sistemi Sanitari Regionali, delle Province autonome e delle Regioni (incarichi amministrativi di vertice, incarichi politici, partecipazione a Consigli di amministrazione, etc.), non correlati alla cura diretta di pazienti o all'esercizio professionale medico;
7) pianificazione di interventi per migliorare gli standard di sicurezza sul lavoro degli operatori sanitari;
8) definizione di modalità di condivisione delle tematiche del Tavolo con tutti gli Ordini professionali delle professioni sanitarie;
9) attività formative.

Il Protocollo prevede, oltre al tavolo nazionale, anche l'istituzione di analoghi tavoli regionali con gli Ordini dei Medici territoriali o con le Federazioni Regionali, ove costituite.
Sarà nostro impegno sollecitare, insieme all'Ordine di Terni, anche nella nostra regione questa forma di confronto e collaborazione.

IL FUTURO DEI MEDICI

Il tema della carenza dei medici, che sembra delinearsi nei prossimi anni, crea problemi per il sistema salute Italia.
Così come rilevato da varie organizzazioni di categoria si tratterebbe di una perdita di 45 mila medici in cinque anni. Sui 10 anni invece, la previsione risulterebbe addirittura peggiore, con oltre 33 mila Medici di medicina generale e oltre 47 mila Medici ospedalieri in pensione per un totale di oltre 80 mila medici.
Di fatto le uscite stimate per pensionamento non saranno bilanciate da nuove assunzioni, per il consistente blocco del turnover, né da un numero congruo di medici opportunamente formati sino alla specializzazione o al conseguimento del titolo di medico di medicina generale.

Se da un lato mancano i Medici specialisti e i Medici di medicina generale, dall'altro si stimano diverse migliaia di laureati in medicina che non sono riusciti ad ottenere né l'accesso ad una borsa per la specializzazione, né al corso di medicina di famiglia.
Un elevato numero di giovani medici si ritrova quindi costretto a non poter proseguire l'indispensabile iter di formazione specialistica e a non poter entrare a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale e lavorare; a fronte delle migliaia di neolaureati e abilitati ogni anno, troppi non riescono a entrare nella scuola di specializzazione, non perché bocciati, ma per carenza di posti. Le stime del fabbisogno risultano corrette, ma non il finanziamento delle borse.
I giovani medici, a cui è negata la prosecuzione della formazione post-laurea, si trovano in una situazione di "limbo" fatta di sostituzioni di Medicina generale e di continuità assistenziale, che non permettono progressione di carriera e certezze nell'assunzione, dal momento che in assenza di un titolo specialistico, si è "condannati" a non partecipare ai concorsi pubblici e moltissimi giovani medici italiani stanno fuggendo dal nostro Paese per specializzarsi all'estero e così, dato il lungo periodo di studi che faranno in altri Paesi, la maggioranza di essi non tornerà e l'Italia avrà perso un grande investimento anche economico fatto dallo Stato e dalle famiglie, oltre ad avere impoverito di energie intellettuali i cittadini, negando loro un incremento e miglioramento dell'assistenza sanitaria.
La richiesta che facciamo alla politica è:

1) di garantire ai giovani medici la possibilità di crescere professionalmente e restare a lavorare nel proprio Paese; tenendo conto che l'abolizione del numero programmato non farebbe altro che ingigantire quell'imbuto formativo tra la laurea e la formazione post-laurea che oggi vede migliaia di giovani medici intrappolati per anni in un limbo di inoccupazione;
2) di procedere ad una vera riforma del sistema, che veda la formazione diventare un *unicum* dall'ingresso in Medicina fino al diploma di specializzazione o al diploma di formazione in Medicina generale, che potrebbe essere anticipata da un percorso, durante gli ultimi anni delle superiori, che vada a far parte del curriculum e dia crediti per l'accesso a Medicina e veda la ristrutturazione del contenuto didattico del VI anno di corso di laurea ai fini di una evoluzione della laurea in senso abilitante;
3) di ampliare ulteriormente il numero dei contratti per la formazione

specialistica e le borse per la medicina generale;

4) di effettuare una programmazione efficace, per cui a ogni laurea corrisponda una borsa, superando l'attuale sistema di selezione in modo che tutti gli studenti che entrino nel percorso ne possano uscire con un diploma di formazione post-laurea;
5) di far sì che il titolo di formazione in Medicina generale, pur nella peculiarità del corso, che deve essere triennale e che non può prescindere dal ruolo degli Ordini, sia definito una specializzazione.

I QUARANTA ANNI DEL SSN

Tra una settimana esatta ricorrono i quaranta anni della istituzione del SSN.
La ricorrenza cade nello stesso mese dei 70 anni della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Parigi 10/12/1948) diritti di cui fa parte ovviamente, la salute, e nello stesso anno dei 70 anni dalla fondazione della Organizzazione Mondiale della Sanità (07/04/1948) che ha indicato come tema per la giornata della salute di quest'anno la copertura sanitaria universale, che in molti paesi del mondo ancora non esiste, coincidenze non casuali.
Nel Venerdì di Repubblica dell'altro ieri è uscito un bel servizio sul SSN
che, citando alcune vicissitudini assistenziali negli Stati Uniti, afferma che
di quanto siano preziose certe cose ci si accorge in absentia. Dice Roberto Staglianò che la nostalgia è per uno degli ultimi argini alla barbarie sociale, raro prodotto del pubblico ancora da esportazione. Ovvero il Servizio Sanitario Nazionale che definisce uno splendido quarantenne.
Abbiamo presenti le obiezioni dei cittadini: attese a volte bibliche, garze dimenticate nelle pance dei pazienti, formiche in corsia, i viaggi della speranza da Sud a Nord, posti letto in caduta libera, medici e infermieri sempre più in affanno.
Tutto vero, ma è ancora niente in confronto all'alternativa privatistica. Un po' come la celeberrima battuta di Churchill sulla democrazia, peggiore forma di governo eccezion fatta per tutte le altre.
È sacrosanto chiedere di più, consapevoli però dell'incredibile fortuna che abbiamo (lo dice l'articolista), figlia di una legge fondamentale (la 833/78), nata per risolvere le storture delle Mutue, i problemi degli Ospedali, dopo la riforma del 1968, le difficoltà organizzative.
Giovanni Berlinguer, scriveva allora: «Una riforma difficile da fare è diventata impossibile da non fare».
Se prima le prestazioni spettavano ai lavoratori, ora diventano un diritto di tutti i cittadini. È un cambiamento epocale che dà attuazione a quanto prevede la Costituzione "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività".
Il tutto a risorse ridotte. Mentre noi spendiamo il 35 per cento in meno della media europea (sotto anche a Londra, da cui pure abbiamo copiato il National Health Service prima che la Thatcher lo decimasse e che costa comunque i1 23 per cento in più). Pur mantenendo posizioni alte nelle classifiche della qualità.
Oggi i nostri supporter citano la recente classifica di Bloomberg che ci situa sulla vetta europea mentre i detrattori quella di Euro Health Consumer che, basandosi

molto sulla soddisfazione del paziente, ci relega al ventiduesimo posto.
Tra i numeri non soggetti all'interpretazione c'è che, all'anno, ogni nostro cittadino costa 2.316 euro al SSN, stando ai dati Ocse 2018, che è circa un terzo di quanto spendono in America. Decisamente meno anche dei 4.405 euro pro capite tedeschi e dei 3.593 francesi. E metà della spesa è assorbita da una ridotta percentuale della popolazione, ovvero dagli anziani negli ultimissimi anni della loro vita.
Dovremo certamente fare qualche considerazione e per assicurarci un futuro più sostenibile senza rinunciare alla qualità delle cure, puntare sulla prevenzione, che aumenta la qualità della vita e nel lungo periodo fa anche risparmiare.
La legge 833/78, a dispetto dei tempi, regge straordinariamente bene nonostante da una parte i tagli e dall'altra gli aumenti dei costi dovuti all'invecchiamento della popolazione e quindi la maggiore incidenza delle malattie croniche su quelle acute e la diffusione di farmaci e tecnologie mediche sempre più efficaci ma anche più care. Doppio miracolo quindi: quello della nascita, nel 1978 e quello della sopravvivenza, oggi.
Nonostante che in questi quattro decenni i posti letto siano precipitati da oltre 500 mila a poco più di 200 mila, siano stati falcidiati 35 mila operatori e 5.600 infermieri e nei prossimi cinque anni vadano in pensione, come ho già detto, 45 mila medici di MG. Per dirla altrimenti, la spesa corrente è passata da una crescita annua media del 7,1 per cento (2001-2006) a un magro 1 per cento (2007/2015), diventando addirittura negativa nel triennio 2011-2013. D'altronde, quando c'è da tagliare la spesa pubblica, la sanità diventa la vittima ideale assorbendo da sola intorno al 7 per cento del Pil. Che è tanto, ma niente in confronto al quasi 18 per cento americano.
Un modello che è utile tener presente per scongiurare la preoccupazione più diffusa tra gli intervistati: lo smottamento verso il privato, cui ha contribuito l'introduzione dei superticket, una tassa supplementare variabile che in certe regioni si paga per visite specialistiche e diagnostica. Avvicinando prestazioni nominalmente a carico del SSN ai prezzi di mercato e senza attese ha spinto i redditi elevati verso il privato e quelli impoveriti ad abbandonare le cure. Si apre così la strada all'uscita dal sistema sanitario delle classi abbienti, che possono così, attraverso un out of pocket (i farmaci e le prestazioni che paghiamo di tasca nostra) ricorrere a un servizio parallelo.
L'aumento delle polizze malattia non è certo esplosivo: siamo passati da un 4 per cento di famiglie nel 2012 a un 6,9 nel 2016 stando a una rilevazione di Banca d'Italia. È molto grave che crescano grazie al finanziamento della fiscalità generale». Avrebbe senso finanziarle se fossero integrative del SSN, riducendone l›onere complessivo magari coprendo gli anziani, e invece finiscono per essere sostitutive e rivolte ai quaranta-cinquantenni con capacità di spesa.
Questo non significa che non si possa aumentare l'efficienza del sistema. L'importante però è farlo intervenendo sulle voci giuste. Di certo non precarizzando il personale, ripensando l'attività intramoenia, integrando, realmente, medicina del territorio e specialistica e dando indicazioni su come abolire le liste di attesa.
Si può fare e si deve se abbiamo l'ambizione di festeggiare anche í prossimi quattro decenni di questa non sufficientemente apprezzata gloria patria. Tutto l'arco costituzionale è caduto nella tentazione di tagliare, e l'esecutivo gialloverde ha confermato la Finanziaria di chi l'ha preceduto. Quella per cui il rapporto spesa

sanitaria/Pil passerà dal 6,6 del 2017 al 6,4 del 2019 e al 6,3 nel 2020.
Dubito che fosse il cambiamento che gli elettori di questo governo invocavano.
Di certo non 1'80 per cento di camici bianchi che alla fine di novembre ha scioperato. Per i propri diritti e per quelli dei cittadini. Ed è questa alleanza che dobbiamo salvaguardare e difendere.
Perché una riflessione occorre, in conclusione fare.
Il CENSIS ha pubblicato a fine novembre uno studio dal significativo titolo: IL MEDICO PILASTRO DEL BUON SERVIZIO SANITARIO. In un capitolo in cui si parla di *Un rapporto basato sulla fiducia* si dice che: L'opzione prevalente ed in crescita rimane quella della collaborazione tra medico e paziente ed è un importante segnale che ribadisce l'attribuzione di fiducia al medico emersa anche in molte precedenti ricerche del Censis.
In una indagine del 2018 è 1'87,1% degli italiani a dichiarare la propria fiducia nel medico di medicina generale, mentre è molto più ridotta, sebbene ancora ampiamente maggioritaria (68,8%) la fiducia riposta nel SSN. Si tratta di una fiducia che viene assegnata da quote significative di italiani e che crescono al crescere dell'età, e raggiungono il 90% tra i più anziani, che certamente sono i più assidui frequentatori sia del MMG.
Non perché siamo i più bravi ma perché rappresentiamo la continuità e la stabilità dell'assistenza per la popolazione. Non a caso nella manifestazione al Ministero della Salute per questo anniversario il Presidente Mattarella è tornato indietro ed in un intervento che lui stesso ha definito non protocollare ha ringraziato gli operatori sanitari (non altri)
La Federazione Nazionale in un suo convegno ha definito il SSN: la conquista di un diritto e un impegno per il futuro.
Certamente la 833 è stata la conquista di un diritto, per tutti, e a maggior ragione, per noi, noi medici, noi categoria deve rappresentare un impegno per il futuro".

RELAZIONE DI BILANCIO

DOTT. ANDREA DONATI
TESORIERE OMCeO PERUGIA

Come ormai consuetudine consolidata, nonché come previsione normativa, l'assemblea 2018 è stata occasione per presentare agli iscritti i bilanci economici dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia ed ottenerne, dopo l'avvenuta ratifica del Collegio dei Revisori dei Conti, composto dai dr.i Francesco Giorgetti (presidente), Giovanni Battista Genovesi e Laura Paccamiccio, e quella del Consiglio Ordinistico, la conseguente approvazione.

I BILANCI DI PREVISIONE (bilancio di previsione 2019, bilancio di previsione assestato 2018) hanno lo scopo di rappresentare le prospettive gestionali ordinistiche; la loro approvazione (in particolare, nello specifico, quello del 2019) era fondamentale al fine di evitare "l'esercizio provvisorio dell'Ente" (che con ciò perderebbe gran parte della autonomia gestionale).

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2019 (competenza)

FONDO DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2017	**€ 879.431,40**
+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2018 (Quote iscrizione non ancora incassate, contributi c/FNOMCeO da incassare)	**+ € 37.342,46**
- RESIDUI PASSIVI PRESUNTI AL 31/12/2018 (Fondo TFR, accantonamento TFR, Spese correnti varie: pulizia, Bollettino, consumi, procedure informatiche...)	**- € 268.978,93**
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO	**€ 647.794,93**

Le cifre che si leggono nei prospetti sono, di fatto, relative, poiché a tali bilanci è imposto il vincolo di "pareggio" tra entrate ed uscite, il che comporta qualche piccola "forzatura".
L'unico dato rilevante è il cosiddetto "avanzo di amministrazione", avanzo che in realtà non dovrebbe, per l'appunto, esserci, ma la cui esistenza ci consente

BILANCIO DI PREVISIONE 2019

ENTRATE	CASSA	COMPETENZA
F. CASSA/AVANZO DI AMM.	€ 879.431,40	€ 647.794,93
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2019)	€ 422.594,00	€ 409.494,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, Nulla osta pubbl. sanit., interessi…)	€ 24.760,00	€ 24.760,00
Entrate per PARTITE GIRO (Incasso quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	€ 278.228,46	€ 253.986,00
TOTALE GEN DELLE ENTRATE	**€ 1.605.013,86**	**€ 1.336.034,93**

BILANCIO DI PREVISIONE 2019

USCITE	CASSA	COMPETENZA
Spese CORRENTI (Spese convocazione assemblea, gettoni Consiglieri, stipendi, condominio, pulizia consumi energia elettrica, acqua, gas, postali, internet, consulenze, assistenza e manutenzione procedure informatiche, macchine….)	**€ 925.509,94**	**€ 842.048,93**
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto procedure Informatiche…)	**€ 384.579,74**	**€ 240.000,00**
Spese per PARTITE DI GIRO (Versamento quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	**€ 294.424,18**	**€ 253.986,00**
TOTALE GEN. DELLE SPESE	**€ 1.605.013,86**	**€ 1.336.034,93**

di amministrare l'Ordine, provvedendo ai pagamenti ordinari, nel periodo dell'anno in cui le quote degli iscritti non sono state ancora incassate; esso rappresenta dunque la reale riserva di denaro detenuta dall'Ordine, al netto pure di tutti gli attivi e passivi, contabilizzati ma non transitati per cassa.

Il CONTO CONSUNTIVO 2017, viceversa, è la fotografia di come il nostro Ordine è stato gestito nella annualità di riferimento.
Il dato saliente del conto consuntivo presentato quest'anno, era scoprire l'effetto che avrebbe avuto l'abbassamento della quota di iscrizione sul bilancio del nostro Ente
La sfida delle precedenti e di questa amministrazione era ed è, infatti, quella di contrarre il più possibile la quota ordinistica a carico di noi iscritti, mantenendo inalterato l'alto standard dei servizi forniti, tuttavia perseguendo quantomeno l'equilibrio di bilancio.
Con tale obiettivo abbiamo provveduto, nel corso degli anni, ad abbassare la quota di iscrizione all'Ordine, dagli iniziali 110 Euro (quota già di per sé bassa, se si considera poi che, di questi, 23 Euro andavano e tuttora vanno a Roma alla FNOMCeO per la sua gestione), dapprima a 100 Euro, mantenendo con ciò comunque

BILANCIO DI PREVISIONE ASSESTATO 2018

ENTRATE	NON ASSESTATO	ASSESTATO
AVANZO DI AMM.	€ 684.203,22	€ 806.322,38
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2018)	€ 409.400,00	€ 409.400,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, Nulla osta pubbl. sanit., interessi…)	€ 29.450,00	€ 29.450,00
Entrate per PARTITE GIRO (Incasso quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	€ 238.411,00	€ 238.411,00
TOTALE GEN DELLE ENTRATE	**€ 1.361.464,22**	**€ 1.483.583,38**

BILANCIO DI PREVISIONE ASSESTATO 2018

USCITE	NON ASSESTATO	ASSESTATO
Spese CORRENTI (Spese convocazione assemblea, gettoni Consiglieri, stipendi, condominio, pulizia consumi energia elettrica, acqua, gas, postali, internet, consulenze, assistenza e manutenzione procedure informatiche, macchine….)	**€ 923.053,22**	**€ 930.172,38**
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto procedure Informatiche…)	**€ 200.000,00**	**€ 315.000,00**
Spese per PARTITE DI GIRO (Versamento quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	**€ 238.411,00**	**€ 238.411,00**
TOTALE GEN. DELLE SPESE	**€ 1.361.464,22**	**€ 1.483.583,38**

CONTO CONSUNTIVO 2017		
ENTRATE	CASSA	COMPETENZA
F. CASSA/AVANZO DI AMM. al 1 Gennaio 2017	€ 964.911,00	€ 850.643,88
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2017)	€ 388.934,50	€ 398.112,50
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, Nulla osta pubbl. sanit., interessi…)	€ 31.845,36	€ 31.845,36
Entrate per PARTITE GIRO (Incasso quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	€ 194.654,26	€ 201.607,77
TOTALE GEN DELLE ENTRATE	**€ 615.434,12**	**€ 631.565,63**

un incremento dell'avanzo di amministrazione, sino a giungere agli attuali 90 Euro, la seconda quota più bassa d'Italia.

Il 2017 era il primo anno di gestione "a quota 90" e, nonostante il consistente mancato introito, il bilancio dell'anno si è di fatto chiuso in pareggio (se si escludono alcune spese una tantum che hanno riguardato la specifica annualità (elezioni, campagna contro l'abusivismo medico ed odontoiatrico), che hanno alla fine portato ad un qual passivo finale, comunque ben assorbito dalle riserve di cassa).

I bilanci dei prossimi anni (i cosiddetti conti consuntivi) ci diranno se, con questa quota decisamente contenuta, riusciremo comunque a mantenere i conti in equilibrio, per la gioia delle tasche di tutti noi iscritti.

CONTO CONSUNTIVO 2017		
USCITE	**CASSA**	**COMPETENZA**
Spese CORRENTI (Spese convocazione assemblea, spese elezioni, gettoni Consiglieri, stipendi, condominio, pulizia consumi energia elettrica, acqua, gas, postali, internet, consulenze, assistenza e manutenzione procedure informatiche, macchine, CAMPAGNA PUBBLICITARIA, ELEZIONI….)	**€ 457.562,60**	**€ 457.194,70**
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto procedure Informatiche…)	**€ 8.576,87**	**€ 27.061,17**
Spese per PARTITE DI GIRO (Versamento quote c/FNOMCeO e ritenute varie)	**€ 219.816,65**	**€ 191.631,26**
TOTALE GEN. DELLE SPESE	**€ 685.956,12**	**€ 675.887,13**

QUOTA ISCIZIONE

(€ 23,00 vanno a Roma alla FNOMCeO)

- Fino al 1998 £ 200.000
- Dal 1999 al 2012 € 110,00
  (mutuo dal 2001 al 2011)
- Dal 2013 al 2016 € 100,00
- **Dal 2017 € 90,00**

LA CONSEGNA DELLE MEDAGLIE PER I 50 ANNI

dott. Franco Arzuffi

dott. Fulvio Bussani

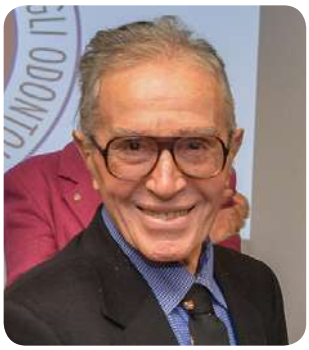
dott. Antonio Maria Fernando De Angelis

dott. Renato Franco Frongillo

dott. Giovanni Gentile

dott. Giuseppe Lio

Prof. Paolo Lisi



dott. Francesco Morrone Berlingò

dott. Renato Moscariello

dott. Igino Neri

dott. Alessandro Pagliacci

dott. Giorgio Rastelli

Foto di gruppo

LA CONSEGNA DEL PREMIO DI LAUREA INTITOLATO ALLA MEMORIA DEL DOTT. FABIO GIAIMO

dott.ssa Camilla Barbi

LA CONSEGNA DEI PREMI DI LAUREA INTITOLATI ALLA MEMORIA DEL PROF. UGO MERCATI

dott.ssa Susanna Falcinelli

dott. Luca Saccarelli

LA CONSEGNA DEL PREMIO DI LAUREA INTITOLATO ALLA MEMORIA DEL DOTT. LUIGI BALDUCCI

dott.ssa Sara Morroni

LA CONSEGNA DEI PREMI DI LAUREA INTITOLATI ALLA MEMORIA DEL DOTT. DOMENICO TAZZA E DEL PROF. CESARE FIORE

dott. Giuseppe Batori

dott.ssa Laura Castelli

dott.ssa Virginia Pambianco

dott. Damiano Scopetti

dott. Marco Tazza

LETTURA GIURAMENTO

dott.Francesco Belia e dott.ssa Francesca Agostini

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 esprimete il vostro "mi piace" e eventuali commenti e suggerimenti.