

medici &medici

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona
Direttore Responsabile: Fulvio Borromei
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona
N. 11 - Luglio 2013
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

n. **11**
LUGLIO

Periodico di informazione Medico-Sanitaria
Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona



QUOTE D'ISCRIZIONE

Euro 400,00 + IVA

La quota d'iscrizione comprende: ammissione alle sedute scientifiche, Kit congressuale, colazioni di lavoro, attestato di partecipazione. Non sono previste quote d'iscrizione per una sola giornata.

Cancellazioni, penali o rimborsi della quota d'iscrizione dovranno essere comunicate via fax alla Segreteria Organizzativa: entro il 6/9/13 sarà rimborsato il 50% della somma versata; nessun rimborso sarà effettuato dopo tale data.

La scheda d'iscrizione è scaricabile dal sito www.museioncoop.net e va inviata a mezzo e-mail all'indirizzo info@museioncoop.net.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento potrà essere effettuato con assegno bancario "non trasferibile" o con bonifico bancario intestato alla Segreteria Organizzativa.

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

MuseiOn Soc. Coop.

Sede Operativa: Viale Trieste, 144 - 63900 Fermo (FM)

Tel.: (+39) 0734.217264 - Fax: (+39) 0734.213237 - Port. (+39) 338.4890894 - 340.6044902 - 331.5669129

E-mail: info@museioncoop.net - museion.congressi@virgilio.it - www.museioncoop.net

P.IVA 01658500440

Carifermo: IBAN IT66 S061 5069 459C C030 0010 541

SEDE DEL CORSO

G Hotel Srl - Via Sbrozzola, 26 - 60027 Osimo (AN)

Come raggiungere l'hotel. *In Auto*: Autostrada A14 Bologna-Taranto, uscita Ancona Sud. Procedere sulla SS16 in direzione Pescara, dopo 2,5 km svoltare a destra in viale Sbrozzola (direzione: Camerano, Centro Commerciale). *In Treno*: la stazione di Ancona è a 14 km.

In Aereo: l'Aeroporto di Falconara Marittima-Ancona dista circa 25 km.

DIRETTORI

Cristiano Maria Francucci

Gruppo Villa Maria Care & Research
San Pier Damiano Hospital - Faenza (Ravenna)

Oriano Mercante

Dipartimento di Post Acuzie Continuità Assistenziale
Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani (INRCA-IRCCS)

Renata Caudarella

Centro Biologia Molecolare
Fondazione Villa Maria - Lugo (Ravenna)
Casa di Cura Villalba - Bologna



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Dipartimento di Post Acuzie Continuità Assistenziale

Fondazione Ettore Sansavini per la Ricerca
Health Science Foundation - ONLUS

Gruppo Villa Maria Care & Research
San Pier Damiano Hospital, Faenza (RA)



**10° Corso Nazionale di Aggiornamento
sulle Osteopatie Metaboliche**
**2° Corso di Aggiornamento
Osteoporosi: dalla fisiopatologia al ruolo del fisiatra**
Ancona 19-21 settembre 2013

DIRETTORI: Cristiano Maria Francucci, Ancona • Oriano Mercante, Ancona • Renata Caudarella, Bologna

PROGRAMMA PRELIMINARE

Direttore Responsabile
Fulvio Borromei

Vice Direttore
Maria Beatrice Bilò

Coordinatore di Redazione
Marco Silvestrelli

Vice Coordinatori
Federico Fabbri
Sergio Giustini
Riccardo Sestili

Redazione
Maria Chiara Brugnamì
Ilaria Capecci
Gerarda Lucia Cellesi
Elisabetta Esposto
Maddalena Vichi

Consiglio Direttivo

Presidente
Fulvio Borromei
Vice Presidente
Maria Beatrice Bilò
Segretario
Arcangela Guerrieri
Tesoriere
Quirino Massimo Ricci

Consiglieri
Vincenzo Berdini
Francesco Braccioni
Anna Campanati
Ilaria Capecci
Sergio Cascia
Marcello Maria D'Errico
Sergio Giustini
Giovanni Petruzzi
Bice Previtera
Riccardo Sestili
Marco Silvestrelli
Federico Fabbri (od.)
Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi
Giuliano Rocchetti
Gerarda Lucia Cellesi
Elisabetta Esposto

Revisore dei conti supplente
Maddalena Vichi

Commissione Odontoiatrica
Federico Fabbri
Stefano Tucci
Maria Chiara Brugnamì
Francesco Maria Montecchiani
Roberto Tartuferi

In copertina: **campagna marchigiana**

Questo numero è stato chiuso il
23 luglio 2013
Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

Un evento congressuale che ci fa riflettere 4

NOTIZIE DALLA REDAZIONE

*La responsabilità professionale del terzo
millennio: un quadro di sintesi* 6

BUONA SANITA'

Promuoviamo la cultura della palliazione 11

Intervista al Prof. Ciro Villani 13

*La Clinica di Chirurgia epato-bilare e dei
trapianti di Ancona* 19

INSERTO

Proposta di Convenzione Confartigianato 15

CULTURA

L'origine della bandiera di Ancona 22

DALLA FNOMCeo

*D.L. 69/13 - Disposizioni urgenti per il
rilancio dell'economia* 24

NOTIZIARIO

La celiachia in ambito odontoiatrico 27

Lettera IRCCS - IRCA Emoglobina glicata 29

Un evento congressuale che ci fa riflettere

La responsabilità professionale medica del terzo millennio: un quadro di sintesi - 13/06/2013 OMCeOAN e Ordine degli Avvocati

di Fulvio Borromei

Presidente OMCeO di Ancona

Così ho portato il mio saluto: "Questo evento che oggi ci apprestiamo a realizzare a mio parere rappresenta un momento importante di confronto tra professioni sul tema della responsabilità professionale medica.

Non è solamente un disquisire sulla responsabilità in termini accademici e/o scientifici giurisprudenziali.

Vi intravvedo la volontà di farne un quadro, lo stato dell'arte, per poterci meglio proiettare verso il futuro con più serenità e consapevolezza.

L'etica e la bioetica hanno una grande rilevanza nella professione medica, rappresentano il cuore dell'agire professionale.

Vi è una accresciuta attenzione alla dimensione etica, in tutti i campi della vita sociale ed è anche espressione di un processo di democratizzazione. Anche i principi e le regole etiche tradizionali vengono sottoposte ad un radicale riesame per rimanere al passo con i profondi mutamenti introdotti dagli sviluppi delle conoscenze tecnico scientifiche e biomediche.

Inoltre sin dalla antichità è stato osservato come la stessa esistenza dell'etica fosse in stretto rapporto con il problema della libertà. Se le nostre azioni fossero determinate a priori e meccanicisticamente espletate, concetti quali la Responsabilità, il Merito, la Colpa, sarebbero privi di significato.

Quindi il concetto di Responsabilità è strettamente connesso al concetto di libertà. Kant contrappone ad un modo fenomenico pensato deterministicamente, una libertà postulata a livello noumenico.

Questa breve riflessione filosofica mi permette di dire che la libertà di operare in senso etico (che non vuol dire licenza) della professione medica, va salvaguardata e tutelata perché

rappresenta un patrimonio foriero di Salute per la nostra società.

Tutelare la professione significa anche facilitarla nello espletamento dell'atto medico che inoltre deve essere liberato da lacinie burocratiche, da habitat lavorativi impropri sia al suo decoro professionale, che al suo fine professionale stesso.

Tutelarla significa anche permettere che la sua formazione, sia prima, che post universitaria sia adeguata e che tutti gli strumenti necessari per realizzarla siano stati messi a disposizione.

Quindi una formazione continua permette al medico di acquisire conoscenze ed abilità che gli permettano di tendere verso quella consapevolezza e competenza professionale che è garanzia di salute per il cittadino.

Affermo questo perché purtroppo il medico non è messo spesso in condizioni di operare al meglio: manca questa attenzione a questo diritto.

Certamente non vogliamo affrancarci dalle nostre responsabilità, affatto.

Il nostro Codice Deontologico da una parte ci soccorre ma dall'altra ci costringe a quel comportamento etico senza del quale verrebbe meno anche la nostra professione.

Il nostro Ordine vi invita a rispettarlo, perché il rispetto del C.D. rappresenta la nostra forza.

Infatti all'articolo 4 comma 2 testualmente prevede: "Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche ed ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere ad interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura".

E' evidente quindi il primato dell'Etica come elemento guida e di ispirazione per i Medici in ogni ambito in cui la loro attività venga ad esplicarsi e per dirla con Seneca, il valore dell'esempio è importantissimo.

Noi chiediamo anche di essere RICONOSCIUTI per quello che rappresentiamo e per la nostra opera costante che è anche foriera di democrazia per la nostra società.

Noi con il nostro operare etico tuteliamo la salute e permettiamo anche di concretizzare l'articolo 32 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività..."

Quindi possiamo affermare che etica e responsabilità sono strettamente connesse.

Un mancato percorso etico porta inevitabilmente verso una responsabilità di colpa.

Detto questo però non possiamo disconoscere e non analizzare un profondo disagio che la professione medica vive ormai da molti anni per innumerevoli cause e che ha anche necessariamente imparato a metabolizzare.

Non vogliamo però che questi disagi che af-

fliggono la professione vengano metabolizzati con esiti negativi come una medicina difensiva che comunque vogliamo contrastare.

Per far ciò è necessario un ausilio possibile della giurisprudenza affinché le derive difensive non abbiano a prevalere sui nostri comportamenti professionali, che invece devono sottere verso una nuova alleanza con il cittadino. Un cittadino diverso e responsabile che si assuma le sue responsabilità.

Perché questo evento quindi? Anche per realizzare una alleanza etica tra le nostre professioni, dove ognuna consapevole del proprio ruolo, della propria storia, possa concretizzare e realizzare quel clima di fiducia che solo può permettere l'estrinsecarsi delle specifiche funzioni professionali.

Riconoscersi e rispettarsi, consapevoli che incidiamo grandemente sulla vita dei cittadini. Noi medici vogliamo sempre più sottendere al quel ruolo Etico che ci deriva da questa particolare professione.

Care e cari Colleghi dobbiamo essere fermi nel perseguire questo obiettivo, perché questa è la nostra più grande forza.

La patologia orale: dal dubbio alla diagnosi precoce

Caro Collega,

la Commissione Nazionale Albo Odontoiatri ha progettato e realizzato un primo corso con modalità video FAD in ambito odontoiatrico disponibile su internet.

Il titolo del corso è: **"La patologia orale: dal dubbio alla diagnosi precoce"**.

Il corso, sviluppato dai relatori Umberto Mariani e Stefano Almini, ha l'obiettivo di annullare il ritardo diagnostico del carcinoma orale ed accrescere la capacità di osservare, ragionare, riconoscere ogni lesione sospetta nel cavo orale, in grado di degenerare in senso tumorale.

Il corso sarà operativo dall'8 luglio sulla piattaforma Fadmedica, sulla quale sarà disponibile per un anno (con esclusione del periodo dal 15 novembre fino al 31 dicembre).

Il corso viene offerto **gratuitamente con 10 crediti Ecm** ai primi 5.000 odontoiatri che si iscriveranno. Se sei interessato all'argomento non aspettare troppo tempo, perché oltre il numero stabilito (5.000 colleghi) il corso sarà a pagamento.

Per accedere al corso è sufficiente cliccare il link: <http://corsi.fadmedica.it/home/cao.asp>

La procedura di registrazione è rapida e semplice: se avrai bisogno di qualche indicazione, troverai sul sito la "Guida per la visione".

Una volta iscritto potrai accedere al video corso da qualunque computer, tablet, iPhone connesso ad internet e rivedere tutti gli aggiornamenti senza limiti.

Buona Visione!

Il Presidente Cao Dr. Federico Fabbri

La responsabilità professionale del terzo millennio: un quadro di sintesi

Loredana Buscemi, Arcangela Guerrieri

La professione medica costituisce il prototipo di un modello ideale dell'agire umano: quello dell'adozione doverosa di misure di diligenza, prudenza e perizia che, tuttavia, non possono sempre offrire la certezza di evitare un certo evento (*Rocco Blaiotta, Cass. Pen., 2002, 181*). Non tutti gli eventi avversi, infatti, che si verificano in sanità sono riconducibili ad errore medico, ma in medicina vi sono eventi imprevedibili, imprevedibili e non altrimenti evitabili; in molti casi è proprio l'evoluzione naturale del processo morboso ed il peggioramento è insito nella malattia stessa. Legittimo, infatti, l'orgoglio della scienza medica di quanto è stato fatto nel corso di più di due secoli, ma doverosa è la conoscenza dei limiti. I toni trionfalistici dei successi ottenuti in sanità scompaiono poi al cospetto della forte e disinvoltata interferenza mediatica in caso di malasanità, anche se solo sospetta.

L'aumento esponenziale della conflittualità con i pazienti, espongono il medico ed il Sistema Sanitario Nazionale a devastanti cadute di immagine e di consenso, con ripercussioni irrimediabili nel rapporto medico-paziente, con l'insicurezza e la paura del cittadino nei confronti della classe medica o delle strutture sanitarie, ed incremento del desiderio di rivalsa a fronte di ipotetici fallimenti delle cure. Il progresso medico e scientifico ha, di fatto, aumentato le aspettative degli utenti e diminuito la propensione ad accettare i margini di incertezza, che viceversa sono, per le caratteristiche proprie dell'attività medica, insiti e spesso incompressibili.

Il pianeta della "malpractice" sulla salute genera numeri di tutto rispetto, anche se non esiste un osservatorio del contenzioso dell'errore medico. Secondo il Tribunale del Malato vi sarebbero 6 mila "sbagli" l'anno; per il Ministero della Salute negli ultimi 10 anni le de-

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGICI E ODONTOSTATI DELLA PROVINCIA DI ANCONA

EGUALE

Seminario di studio

La Responsabilità Professionale Medica del III millennio: un quadro di sintesi

13 GIUGNO 2013

AULA FIGC VIA SCHIAVONI ANCONA

aiga Associazione Italiana Giuristi Amm. e Medici

PROGRAMMA

14.00 Registrazione partecipanti

14.30 Apertura dei lavori

Presidente: Avv. Mario Innocenti - Regione Marche
Introduttore: Dott. Paolo Beronzi, Dott.ssa Loredana Buscemi
Moderatori: Prof. Massimo Cingolani, Prof. Adriano Ingilberti

15.00 Evoluzione legislativa e giurisprudenziale
 Prof. Avv. Gianfranco Imbriani

15.30 La responsabilità medica: condotta, evento, danno di consenso
 Prof. Angelo Forti

16.00 Ruolo della classe medica nella valutazione della colpa medica
 Prof. Adriano Ingilberti

16.30 Le indagini preliminari nel processo penale
 Dott.ssa Elisabetta Imbriani

17.00 La responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria
 Avv. Paolo Proietti

17.30 Il punto di vista dell'assicurazione
 Avv. Elisabetta Imbriani

18.00 Discussione

Discussione: Prof. Massimo Cingolani, Avv. Giuseppe Pelli, Avv. Mario Innocenti, Prof. Adriano Ingilberti

19.00 Test di valutazione - Questionario ECM - Conclusione lavori

BOBROMERI Fulvia
Presidentessa dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

BUSCEMI Loredana
Presidentessa dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

CINGOLANI Massimo
Università di Bologna (Legge), Università degli Studi di Bologna

FORTE Angelo
Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

FIDANZA Emanuela
Avv. di Ancona

FUSARIO Mario Antonio Massimo
Presidentessa dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

GUERRIERI Arcangela
Presidentessa dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

IMBRIANI Gianfranco
Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

IMBRIANI Elisabetta
Presidentessa dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

INGILBERTI Adriano
Università di Bologna (Legge), Università degli Studi di Bologna

PROIETTI Paolo
Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

SCALONI Mario
Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontostati della Provincia di Ancona

TAGLIABRACCIO Adriano
Università di Bologna (Legge), Università degli Studi di Bologna

Segreteria Scientifica
 Loredana Buscemi - Elisabetta Imbriani

Segreteria Organizzativa
 Elisabetta Imbriani - Tel. 071.200.0000 - Segreteria@figc-ancona.it

ISCRIZIONI ON LINE
www.figc-ancona.it

La partecipazione è gratuita e non genera alcun costo per la figura del Medico e dell'Amministratore

nunce sono aumentate del 148%; l'ANIA riferisce che dal 1994 al 2008 le denunce sono aumentate del 300%; da 9.500/anno a 30.000/anno e che la raccolta premi risulta in costante crescita (+8% negli ultimi 8 anni) con 500 milioni di euro nel 2010. In un anno il costo complessivo dei risarcimenti in Italia, per accertate cause di cosiddetta malasanità, è superiore al miliardo di euro. Le denunce a danno di medici e strutture sanitarie sono in costante crescita negli ultimi anni: 34.000 denunce nel 2010, di cui circa 21.000 nei confronti delle strutture; con un costo medio dei sinistri pari a 28.000 euro.

Al fine, quindi di affrontare le complesse questioni legate alla materia della responsabilità

medica a fronte di un quadro normativo e giurisprudenziale in continua evoluzione, è stato organizzato il seminario di studio dal titolo "La responsabilità medica del III millennio: un quadro di sintesi", tenutosi il 13 giugno 2013, presso la FIGC di Ancona, organizzato dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e dall'Ordine degli Avvocati della Provincia di Ancona, in collaborazione con l'Associazione Italiana Giovani Avvocati. L'incontro, oltre ad una funzione informativa, mirava a promuovere un rapporto fiduciario, una alleanza tra medici ed avvocati, in un contesto di sempre maggiore specializzazione e responsabilizzazione dei liberi professionisti.

Il seminario, a cui hanno aderito numerosi esperti del settore e relatori di fama nazionale, maestri della medicina legale e del diritto, è stato organizzato in una sessione pomeridiana. Nel corso dell'incontro, che ha contato più di 350 partecipanti tra medici ed avvocati, sono state prese in esame le nuove norme, le recentissime decisioni giurisprudenziali e le relative ricadute nell'accertamento della responsabilità professionale del medico, sia in ambito penale sia civile.

La sessione scientifica si è aperta ufficialmente con il benvenuto dell'Avvocato Mario Antonio Massimo Fusario, Presidente della Associazione Giovani Avvocati di Ancona (AIGA) e con una breve introduzione ai lavori del Presidente in carica OMCeO di Ancona, dott. Fulvio Borromei, e della dott.ssa Loredana Buscemi, della Medicina Legale di Ancona. Il dott. Borromei ha sottolineato come la responsabilità nella professione medica sia strettamente correlata all'etica per cui è necessario promuove-

re una "rivoluzione etica" in quanto ogni professione consapevole del proprio ruolo può costruire il clima di fiducia per adempiere ai propri doveri professionali.

La dott.ssa Buscemi ha voluto introdurre i lavori con l'analisi dell'entità del fenomeno relativo alla conflittualità tra medici e pazienti ed alle devastanti ripercussioni della pressione mediatica.

Il fenomeno è in vertiginoso aumento, ma nonostante la crescita sia da tutti proclamata ed ammessa, mancano allo stato dati scientificamente raccolti sulle dimensioni di questo fenomeno in Italia. Né l'ISTAT, né altri enti hanno sinora effettuato un monitoraggio sul numero di controversie che ogni anno vengono introdotte nei confronti di medici.

L'allarme da tempo lanciato da numerosi rapporti di associazioni mediche è confermato oggi dello stesso Ufficio del Massimario della Corte di Cassazione (*Rossetti M., Responsabilità sanitaria e tutela della salute, Quaderni del Massimario, Corte Suprema di Cassazione, 2011*). I casi di malpractice arrivati sul tavolo della Cassazione sono aumentati del 200% negli ultimi dieci anni rispetto ai 60 anni precedenti; dal 2008 al 2011, la Corte di Cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica (82) pari a tutti quelli decisi tra il 1991 ed il 2000, ed addirittura superiore a quelli decisi nei quasi sessant'anni intercorsi tra il 1942 ed il 1990.

Interessanti sono i dati della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, istituita nel 2008 con il compito di indagare sulle cause e sulle responsabilità

	Anni 1942-1990	Anni 1991-2000	Anni 2000-2011
Massime archiviate dal CED (centro elettronico) (a)	224.766	152.484	119.139
Massime in tema di responsabilità medica (b)	60	83	201
Rapporto a/b	0,03%	0,05%	0,17%

Tab. 1 - Massimario della Corte di Cassazione



degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo, funzionale. La commissione, che ha terminato la sua attività il 22 gennaio 2013 a seguito della conclusione anticipata della XVI Legislatura, ha voluto approfondire i dati delle Procure della Repubblica (aggiornati a dicembre 2011) in tema di responsabilità medica. I procedimenti emersi, nelle circa 90 Procure della Repubblica valutate, per lesioni colpose a carico di personale sanitario sono 901, l'1,64% sul totale dei 53.741 procedimenti per lesioni colpose, mentre i procedimenti per omicidio colposo a carico di personale sanitario sono 736, l'11,8% del numero complessivo di 6.586 procedimenti per omicidio colposo. Dall'analisi della commissione si rileva inoltre una notevole differenza tra la percentuale dei casi riferibili a ipotesi di colpa professionale: l'1,68% per le lesioni e ben l'11,18% per l'omicidio. Quello che emergeva era il "bassissimo" numero di condanne ed

il "cospicuo" numero di archiviazioni! Nessuno parla del numero di medici assolti perché il fatto non sussiste o del numero dei casi in cui è stata rigettata la richiesta di risarcimento danno per l'infondatezza dell'azione. Altro dato di cui nessuno dà menzione è che circa l'80% dei medici riceve una denuncia o una richiesta risarcitoria e con la durata delle cause e dei processi nel nostro Paese, di circa 5-8 anni, vive circa un quarto della sua esistenza lavorativa con questa spada di Damocle (dati associazione A.m.a.m.i. -associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente, 2008).

Il dibattito scientifico è stato moderato dal prof. Mariano Cingolani, Ordinario di Medicina Legale presso l'Università degli Studi di Macerata e dal prof. Adriano Tagliabracci, Ordinario di Medicina Legale dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona.

Nella prima relazione, dal titolo "Evoluzione legislativa e giurisprudenziale", il prof. Gianfranco Iadecola, già sostituto Procuratore Generale presso la Corte di Cassazione, ha offerto una panoramica sulle recenti disposizioni normative e pronunce delle Corti di merito ed ha affrontato il tema della prova del nesso causale nell'ambito della responsabilità medica per omesso o intempestivo intervento, che suscita da sempre vivo interesse ed intenso dibattito, ma su cui ancora oggi si continua a disquisire. Un punto importante in questo eterno dibattito è stato segnato dalla pronuncia delle Sezioni Unite della Cassa-

	Casi ascrivibili a personale sanitario	% sul totale procedimenti per lo stesso reato	Archiviazione immediata	Archiviazione dopo conclusione procedimento	Giudizio
Lesioni colpose	901	1,64%	40%	98,8% su 240 casi	2 condanne 1 assoluzione
Omicidio colposo	736	11,18%	35%	99,1% su 117 casi	1 assoluzione

Tab. 2 - Indagine su 90 Procure della Repubblica realizzata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario



zione Penale del 2002, ormai nota come "sentenza Franzese".

Il Prof. Angelo Fiori, Emerito di Medicina Legale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha sottolineato nella relazione dal titolo *"La responsabilità medica: condotta, evento, nesso di causalità"* come il contenzioso giudiziario penale e civile per responsabilità medica può considerarsi, per le sue dimensioni e gravità, una vera e propria malattia sociale. Ne è nata la cosiddetta medicina difensiva, che distorce le regole mediche elaborate con un processo di continua ricerca, di esperienze, di scambi di conoscenze e di metodi, e sposa scelte condizionate da cautela giudiziaria più che da convincimento scientifico, ricorre ad un numero eccessivo di esami, evita i pazienti a rischio. Parallelamente alla medicina difensiva si è delineata la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale, figlia sempre del contenzioso per responsabilità medica, una ulteriore distorsione professionale, la cui guida sono le sentenze della magistratura con appiattimento della cultura scientifica. Si configura come una sorta di Sindrome di Stoccolma, da cui consegue la progressiva accettazione e cristallizzazione di precetti di condotta medica di provenienza giurisprudenziale, che spesso non hanno reale fondamento nella scienza e nella prassi medica.

E' seguita la relazione del prof. Adriano Tagliabracci, dal titolo *"Ruolo delle Linee Guida nella valutazione della colpa medica"*, con particolare approfondimento a quanto formulato nella nuova legge Balduzzi dell'8 novembre 2012 n. 189, che prevede che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla

comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve".

La nuova norma sembra escludere la responsabilità del professionista, eccezione fatta per il dolo o la colpa grave, quando egli si sia attenuto alle linee guida ed alle buone pratiche dettate dalla comunità scientifica internazionale. Le linee guida sono solitamente il prodotto di consensus conference e costituiscono una sintesi di conoscenze scientifiche cui improntare il percorso diagnostico-terapeutico nei confronti di una determinata patologia. Lo scopo delle linee-guida è quello di guidare e favorire l'operato del medico e non di essere lo strumento per valutarne in sede giudiziaria l'operato stesso! Sono utili sia in campo clinico che in sede medico-legale, perché consentono di valutare il comportamento tenuto dal medico nella circostanza specifica, misurando lo scarto tra la prestazione ottimale e quella oggetto dell'analisi, tuttavia presentano dei limiti, che è opportuno tenere in considerazione, quali ad esempio la rigidità, la provvisorietà, la molteplicità, la genitorialità e la tassatività. Il medico, quindi, non può esimersi dall'analisi delle peculiarità concrete del caso; le linee guida fissano le linee generali del comportamento medico perito e diligente, ma l'applicazione concreta di esse deve rispettare l'unicità del paziente, delle condizioni in cui egli versa, della particolare situazione. Sul versante della responsabilità penale è poi spontanea la considerazione che il grado della colpa è criterio per la determinazione della pena e non per l'accertamento della responsabilità!

La dott.ssa Elisabetta Melotti, Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Ancona, nella relazione dal titolo *"Le indagini prelimi-*



nari nel processo penale", ha trattato la tematica relativa ai criteri di scelta del consulente del pubblico ministero nei casi di responsabilità professionale medica, che rappresenta uno degli aspetti di maggiore rilievo nell'odierno dibattito sulla conflittualità che caratterizza il rapporto medico/struttura-paziente. Si è soffermata, in particolare, sulla difficoltà della individuazione del consulente estraneo alla realtà locale ed al tempo stesso di assodata fama nella materia e particolarmente esperto nell'approccio forense.

L'avvocato Paolo Properzi, Giudice Onorario del Tribunale di Macerata ha trattato il tema "La responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria" prendendo in esame la tipologia di rapporto giuridico che lega il medico al paziente, la natura contrattuale sino ad oggi attribuita a tale vincolo dalla giurisprudenza, le recenti novità normative, in particolare la Legge Balduzzi, che sembrerebbero aver messo in dubbio tale consolidata impostazione. E' stato, inoltre, approfondito il rapporto tra la struttura sanitaria, sia essa pubblica o privata, in quanto il distinguo è irrilevante, ed il paziente, con il variegato genere di obblighi che la prima assume nei confronti del secondo, da quelli c.d. "alberghieri" a quelli di fornitura di un insieme ben organizzato di professionalità e strumentazioni.

L'avvocato Erminia Fidanza, del Foro di Fermo, con *"Il punto di vista dell'assicurazione"* ha posto particolare attenzione alla crisi di assicurabilità del rischio sanitario, che più interessa direttamente gli operatori sanitari, vale a dire alla scarsa propensione del mercato assicurativo, sia italiano che europeo, alla assunzione della copertura del rischio da responsabilità civile. Ha puntualizzato che il medico



deve prestare particolare attenzione in sede di sottoscrizione della polizza assicurativa nonché sulla gestione dei rapporti con l'agente e la compagnia di assicurazione. Le principali questioni coincidono con la definizione dell'assicurazione professionale per la responsabilità civile, il rischio assicurato, le limitazioni normative e contrattuali dell'operatività dell'assicurazione, l'interesse tutelato, gli obblighi, gli oneri ed i diritti del contraente, l'obbligo dell'assicuratore, la prescrizione, la decadenza ed i massimali di polizza. Il contratto è il perno di tutto, pertanto la sua lettura, comprensione e la conoscenza di tutte le norme e le leggi cui fa riferimento sono essenziali per capire esattamente quali sono le garanzie che la polizza offre o, in altri termini, cosa copre l'assicurazione.

L'avv.to Mario Scalonì del Foro di Ancona, professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona, ha animato in veste di discussant il dibattito con attiva partecipazione dei presenti.

Per l'Ordine di Ancona questo convegno rappresenta un punto di partenza per la organizzazione di convegni in collaborazione con gli altri Ordini professionali su tematiche di ampio respiro e di interesse generale che possono stimolare tutta la professione medica.

È per tale motivo che abbiamo subito accolto la collaborazione richiestaci dalla dr.ssa Buscemi, nostra iscritta e valido medico legale e dell'avvocato Fusario, presidente dell'AIGA, ideatori dell'evento. La partecipazione così massiccia, tale da dover cambiare la sede di svolgimento del convegno, sarà per noi stimolo per organizzare in futuro eventi di questo tipo.



PROMUOVIAMO LA CULTURA DELLA PALLIAZIONE

di Fulvio Borromei

Si è insediato il giorno tre luglio il gruppo di lavoro ordinistico Cure Palliative-Terapia del Dolore.

Questo percorso sta avvenendo in tutti gli OMCeO italiani facendo seguito alla costituzione dell'omologo Gruppo Nazionale.

Questo rappresenterà un organo di consultazione del Consiglio per iniziative che attengano alla promozione della legge 38/2000.

Si propone anche la collaborazione con tutte le istituzioni già operanti nel tema.

Il rationale di costituzione di questo gruppo è quello di entrare con spunti di riflessione in tutti gli ambiti sanitari della nostra provincia o ambito territoriale, permettendo così che le iniziative di diffusione ed informazione possano essere veicolate nei gangli essenziali del sistema come nell'Università, negli Ospedali, nei Distretti Territoriali, nel mondo del Volontariato ed in tutta la società civile.

Sono state coinvolte in questa prima fase le rappresentanze istituzionali come la Regione, l'Università con la autorevole presenza del Preside, prof. Antonio Benedetti, l'Asur, l'Area vasta 2, le aziende come Ospedali Riuniti Torrette, l'INRCA, Ordini e Collegi come psicologi ed infermieri, le direzioni degli Hospice, la Fidapa e la SICP. Fanno parte integrante del gruppo il Consigliere Segretario ed il Presidente CAO. Ci sarà successivamente un confronto con le professionalità in quanto tali. Questo gruppo dovrà essere il volano della nostra progettualità.

Infatti come Consiglio OMCeO ci proponiamo di realizzare un grande evento nazionale sul tema, da realizzarsi indicativamente nella primavera del 2014 che potrebbe diventare l'anno Ordinario della Palliazione e del Prendersi Cura dove la collaborazione ed il coinvolgimento di tutta la Professione è essenziale per la riuscita di questo progetto.



Fnomceo

Pagine a cura dell'Ufficio Stampa della



FNOMCeO

FNOMCEO, PROMUOVIAMO la CULTURA DELLA PALLIAZIONE

Diffondere la cultura delle cure palliative tra i cittadini tramite le iniziative degli Ordini e tra i medici attraverso percorsi formativi specifici

È figlio della legge n. 38 del 15 marzo 2010 - che ha rappresentato, a livello normativo, la *rivoluzione copernicana* nella pratica delle Cure palliative e della terapia del dolore - il nuovo Gruppo di lavoro della Fnomceo per la promozione della cultura e dell'accesso alle Cure palliative.

Nato nel 2012 e fortemente voluto dal Comitato centrale appena insediatosi, il Gruppo di lavoro è composto da nove membri me-

dici e due odontoiatri e può avvalersi della consulenza di un massimo di quattro esperti, presidenti di Società scientifiche. L'attuale coordinatore è il presidente Omceo di Ancona, **Fulvio Borromei**, al quale il presidente **Amedeo Bianco** ha voluto affidare il commento di questo numero.

Ma quali sono gli obiettivi del Gruppo di lavoro? Innanzitutto, quello di diffondere la cultura delle Cure palliative: tra i cittadini, tramite la promozione e il coordi-

namento delle iniziative in tal senso degli Ordini provinciali; e tra i medici, con la progettazione di percorsi formativi specifici, in modalità *Fad blended*.

“Altro proposito è quello di catalizzare un'assistenza integrata ospedale territorio 'senza dolore' - spiega Borromei - sviluppando così una cultura della palliazione verso tutti, compresi i bambini. Tutto ciò in collaborazione con le istituzioni competenti e con il ministero della Salute”. ■

IL COMMENTO

CURE PALLIATIVE, IL NUOVO IMPEGNO DELLA FEDERAZIONE

di **Fulvio Borromei**

Presidente Omceo di Ancona e coordinatore nazionale Gruppo Fnomceo Cure palliative - terapia del dolore

Con la costituzione del Gruppo nazionale di lavoro “per la promozione della cultura e dell'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, il presidente Fnomceo Amedeo Bianco ha voluto e vuole rimarcare quanto sia importante realizzare e promuovere i concetti e i principi fondanti della legge 38/2010.

Le Cure palliative e la lotta contro il dolore, a tutti i livelli, rappresentano infatti un elemento essenziale dei dettami etici e deontologici appartenenti alla nostra professione. L'iniziativa della Fnomceo vuole tracciare un percorso che



tutti i medici, chirurghi e odontoiatri seguiranno: ogni Ordine provinciale dovrà, a sua volta, mettere in agenda questi temi sensibili come punti programmatici prioritari da sviluppare.

Tale cammino avrà come obiettivo il prendersi cura del paziente sofferente e terminale e l'accompagnamento rappre-

sententerà il colore, il vessillo dell'approccio professionale, etico e umano del medico. In questo modo, la professione tutta si fa paladina nel diffondere e testimoniare concetti di buona pratica professionale, etica e deontologica.

Intervista al Prof. **Ciro Villani**

Protesi d'anca: non soffrire da giovane per stare meglio da anziano

di Bice Previtera

Incontriamo il Professor *Ciro Villani*, affermato chirurgo ortopedico, Direttore della Sezione Malattie dell'Apparato Locomotore dell'Università "La Sapienza" di Roma

In Italia si effettuano ogni anno circa 80.000 interventi di protesi d'anca, procedura che rappresenta uno dei maggiori successi della moderna ortopedia.

Esiste la necessità di mettere a punto una valida metodologia di raccolta dati (indicatori di esito, cosiddetti outcome) per valutare la complessità dei fattori che influenzano i risultati degli interventi.

Nel 2006 Lei ha partecipato alla stesura del volume "Qualità di vita e protesi di anca", una sintesi delle metodiche impiegate per la valutazione di pazienti sottoposti a sostituzione dell'anca, basate su analisi di tipo clinico e su misurazioni della qualità della vita.

Può indicarci la rilevanza in termini di "outcome" delle misure della qualità di vita in chirurgia protesica dell'anca?

"Certamente la misura della qualità della vita è determinante nella valutazione dell'outcome ed è importante non solo definire la sopravvivenza di un impianto protesico, ma anche come tale sopravvivenza incida sulla qualità di vita. E' importante misurare il grado di soddisfazione del paziente sapendo che a volte può non coincidere con l'esito. La soddisfazione è molto condizionata da quello che il paziente si aspettava dall'intervento e dal grado di autonomia preoperatoria, per cui tanto più compromessa risultava la performance prima dell'intervento tanto più il grado di soddisfazione sarà alto nel post-operatorio e viceversa."

Nel mondo sono circa un milione gli impianti



di protesi dell'anca all'anno. Dai primi anni sessanta a oggi l'evoluzione della tecnica chirurgica e la ricerca nel campo dei biomateriali, insieme ai progressi delle tecniche di anestesia e di profilassi delle complicanze più temibili, hanno rivoluzionato la prognosi e la diagnosi di numerose patologie dell'articolazione coxo-femorale, garantendo, in una elevata percentuale di casi, il ripristino della funzione articolare e l'abolizione della sintomatologia dolorosa. Le attuali aspettative di successo di un impianto hanno dunque permesso di allargare le indicazioni a patologie e fasce d'età inizialmente ritenute eccessivamente a rischio.

È vero che oggi si riscontra una percentuale elevata di interventi nel giovane?

"La qualità dei materiali, l'evoluzione dei design degli impianti protesici e il miglioramen-

to delle tecniche chirurgiche, sempre meno invasive e più accurate, hanno convinto molti giovani pazienti ad anticipare l'intervento. Peraltro sempre più i pazienti scelgono di anticipare l'intervento, superando le vecchie resistenze relative alla durata degli impianti protesici, certi di migliorare le loro performance in età giovanile e non aspettare l'età più avanzata per stare meglio. Insomma sembra cambiata la filosofia di vita della gente che intende godersela quando è giovane e non soffrire da giovane per stare meglio da anziano."

L'intervento di protesi d'anca incide anche sull'economia sanitaria e diversi studi ne hanno evidenziato i vantaggi, in termini di costo-efficacia, rispetto ad altri interventi chirurgici ortopedici e di altre discipline.

Può confermarcelo?

"I pazienti operati di protesi d'anca riescono ad avere una qualità di vita del tutto sovrapponibile a quella di soggetti non operati della stessa fascia di età. E' stato dimostrato da diversi lavori in letteratura scientifica che riuscire a condurre una vita non sedentaria porta ad un minor rischio di malattie cardiovascolari e di malattie da immobilità."

La frattura del femore nel caso di pazienti ultrasessantacinquenni costituisce un problema rilevante in Italia: 90.000 ricoveri con una spesa stimata solo nel 2004 superiore agli 800.000.000 di euro; mortalità a un anno dall'evento nel 15-25% dei casi; pieno recupero delle attività quotidiane nel solo 30-40% dei casi nel primo anno (European Commission Report on the osteoporosis in the EU, 1998).

Al fine di migliorare l'outcome dei pazienti ultrasessantacinquenni affetti da frattura del collo del femore, la ASL Roma E, d'intesa con la Regione Lazio, ha avviato nel 2009-2010 un percorso clinico-assistenziale specifico con l'obiettivo di adeguarsi alle linee guida internazionali e in particolare a quelle della Commissione Europea.

Gli obiettivi sono: ridurre a 24/72 ore i tempi

di attesa preoperatoria dall'accettazione in Pronto Soccorso; ridurre a 5/7 giorni la durata del ricovero ospedaliero in fase acuta; garantire la presa in carico da parte dei reparti di riabilitazione intensiva post-acuta entro 7/10 giorni dall'intervento e la dimissione entro 45 giorni, oltre che garantire la presa in carico di tutti i pazienti da parte della assistenza riabilitativa territoriale.

Tale programma rappresenta un percorso di cambiamento e un esempio di ottimizzazione delle risorse. L'integrazione fra Ospedale e Territorio è la sfida del futuro: condivide la strategia dell'ASL Roma E?

"Come non essere d'accordo con la strategia della ASL Roma E? Anche noi al Policlinico Umberto I stiamo realizzando un percorso clinico-assistenziale, diagnostico-terapeutico "dedicato" alla cosiddetta "ortogeriatra". Penso che ottimizzazione delle risorse significa anche arrivare a ridurre i tempi di degenza per qualsiasi paziente. È necessario ricoverare sulla disponibilità della sala operatoria e non su quella del posto letto e trasferire il paziente appena le condizioni cliniche lo permettono nel giro di 2/3 giorni."

In conclusione, in base alla Sua esperienza, quali prospettive pensa che l'intervento di protesi d'anca avrà nel nostro Paese?

"Penso che non si possa rinunciare al futuro e sicuramente gli interventi di protesi d'anca continueranno ad aumentare, come indicano molti lavori dedicati all'argomento nella letteratura internazionale. Contemporaneamente si deve implementare la ricerca per arrivare a una cura causale e ancor meglio a una prevenzione delle malattie reumatiche e artrosiche dedicata alle articolazioni e al tessuto osseo, come indicato dalla World Health Organization, l'Organizzazione Mondiale della Sanità. In questo una grossa mano ci potrà venire dalla ingegneria tissutale, per nuove procedure di rigenerazione dei tessuti e dalle biotecnologie per tecniche sempre più all'avanguardia."

Cari colleghi, anche quest'anno abbiamo il rinnovo della convenzione con la Confartigianato che si è adoperata al massimo per la buona riuscita della proposta. Tutti coloro i quali fossero interessati all'adesione, basta che telefonino alla Sig.ra Loretta Costarelli della Confartigianato Imprese Ancona, tel. 071 2293222, e chiedano di aderire alla convenzione. La Sig.ra darà tutte le spiegazioni in merito e provvederà a spedire o a consegnare a mano all'atto della firma di adesione il materiale per la sala d'aspetto. Di seguito potete comunque prendere visione della convenzione che andrà sottoscritta da ognuno.

Proposta di Convenzione

TRA

L'Associazione Provinciale Confartigianato Imprese Ancona, con sede in Ancona alla Via Palestro n.7, C.F. 80004150423, in persona del suo Presidente pro-tempore Sig. Belvederesi Valdimiro, in seguito citata come "Confartigianato",

Propone

nell'intento di offrire una prestazione specialistica di alta qualità, di avvicinare nuovi pazienti alle prestazioni odontoiatriche, di creare un profilo dell'odontotecnico di alto livello e di combattere efficacemente l'esercizio abusivo della professione odontoiatrica, a tutti gli odontoiatri della provincia di Ancona la presente convenzione esclusiva per il mondo artigiano, secondo il testo di seguito riportato:

Articolo 1

Il presente contratto ha per oggetto le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche" (art 2 l. 24/7/85 n. 409) da parte degli odontoiatri aderenti alla convenzione, a favore dei soggetti iscritti alla Confartigianato e loro familiari come di seguito meglio specificato.

Articolo 2

Gli odontoiatri aderenti alla convenzione si impegnano ad applicare – esclusivamente a favore dei soci e dei loro familiari iscritti alla Confartigianato o all'ANAP (Associazione Nazionale Artigiani Pensionati) ed ai dipendenti e familiari del sistema Confartigianato - il tariffario allegato – con la possibilità di applicare una percentuale di sconto massimo del 20% a tale tariffario. La percentuale di sconto applicata deve essere comunicata obbligatoriamente all'atto della sottoscrizione dell'accordo alla Confartigianato.

Articolo 3

L'appartenenza alla Confartigianato o all'ANAP dovrà essere provata mediante l'esibizione della tessera di socio, prima di ricevere le prestazioni odontoiatriche alle tariffe concordate, di cui all'articolo 2 del presente atto e l'odontoiatra si impegna a esporre nella sala d'aspetto del proprio ambulatorio per tutta la durata della convenzione un'apposita targa comprovante la sua adesione.

Articolo 4

Il rapporto contrattuale che si instaurerà tra il medico convenzionato ed il socio avente diritto a ricevere le prestazioni alla tariffa convenzionata, sarà un contratto d'opera

intellettuale, e in quanto tale regolato dagli artt. 2222 c.c. e ss.

Pertanto, i medici, chirurghi e odontoiatri aderenti alla presente convenzione si impegnano a svolgere il servizio di cui alla presente scrittura, soggiacendo alla disciplina dettata dagli artt. 1176 secondo comma c.c., 1218 c.c. e 2236 c.c., in tema di diligenza richiesta, al fine di commisurare la responsabilità in caso di inadempimento contrattuale.

Per quanto non espressamente previsto nella presente convenzione si fa rinvio alle norme del codice civile e a quelle speciali.

Articolo 5

Fatta in ogni caso salva la libertà di scelta secondo scienza e coscienza, gli odontoiatri aderenti alla presente convenzione nello svolgimento delle prestazioni in favore degli associati Confartigianato o ANAP – a parità di condizioni si impegnano ad avvalersi di odontotecnici con titolo di studio ottenuto in Italia iscritti alla CONFARTIGIANATO”.

La mera appartenenza alla Confartigianato degli odontotecnici non obbliga i medici convenzionati a prediligere gli stessi, sì da escludere automaticamente quei professionisti non tesserati alla Confartigianato.

Articolo 6

Agli iscritti aventi diritto verrà fornito adeguato materiale informativo al fine di riconoscere e quindi evitare situazioni illecite di esercizio abusivo della professione.

Articolo 7

Nell'ambito del rapporto di cura stipulato con i soggetti sopra descritti, l'odontoiatra convenzionato concluderà a sua volta con l'odontotecnico un contratto di prestazione d'opera regolato dagli artt. 2222 e segg.c.c.

Articolo 8

Le prestazioni mediche chirurgiche e odontoiatriche saranno svolte presso gli studi dei rispettivi professionisti convenzionati.

Articolo 9

La Confartigianato, si impegna a dare massima pubblicizzazione della presente convenzione in modo da raggiungere tutti gli iscritti.

Al fine di consentire a questi di ampliare al massimo la scelta dei medici, la Confartigianato si impegna a garantire la totale diffusione a tutti gli aventi diritto (iscritti e annotati Albo Medici e Albo Odontoiatri).

Articolo 10

Nell'intento di raggiungere tale obiettivo la Confartigianato si impegna altresì a tenere un elenco di tutti i professionisti convenzionati aderenti alla convenzione in modo da consentirne la consultazione ai propri iscritti e ad aggiornarlo puntualmente e costantemente.

Di tale elenco dovrà essere evitata la diffusione fuori delle sedi della Confartigianato stessa.

Articolo 11

Le parti stabiliscono attraverso clausola compromissoria che ogni controversia dovesse insorgere in ordine all'interpretazione o all'esecuzione della presente convenzione verrà decisa da arbitri ex art. 808 c.p.c.

Articolo 12

La presente convenzione decorre dal 1 marzo 2010, ha valore di 2 anni e si intende tacitamente rinnovata per ulteriori due anni fatta salva la possibilità di recesso anticipato da comunicarsi con lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza annuale, e salvo portare a termine la gestione dei lavori iniziati.

Il tariffario potrà essere rivisto ogni 2 anni.
La presente proposta resta valida per tutta la durata – come sopra indicata – della convenzione.

(Luogo) _____ (data) _____

Confartigianato, Il Presidente Provinciale

Il medico odontoiatra aderente

Le parti interessate, ricevuta l'informativa di cui all'art. 10 e preso atto dei diritti di cui all'art. 13 della legge n. 675/96, esprimono il consenso affinché i propri dati personali possano essere trattati nel rispetto della legge sopra richiamata, per gli scopi indicati, ed affinché gli stessi possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti per le finalità dichiarate.

Confartigianato, Il Presidente Provinciale

Il medico odontoiatra aderente

Dichiaro di avere letto integralmente il presente contratto sottoscritto confermandone ed approvandone, **ex art. 1341 C.C.**, gli articoli 2, 3, 5 10 e 11.

Il medico odontoiatra aderente

TARIFFARIO

Prima visita offerta nell'ambito della convenzione

Visita Rx diagnostica e igiene orale	50
Rx endorale	15 l'una
Status rx (16 lastre)	150
Sigillatura (una)	20
Ablazione tartaro	50
Sbiancamento	200

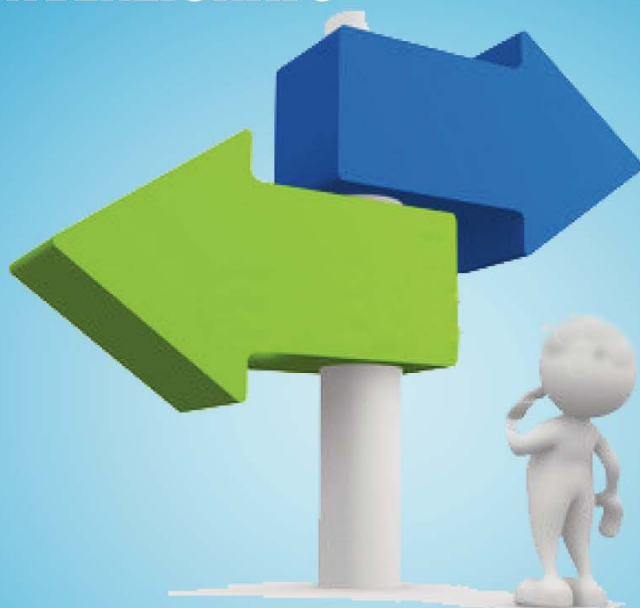
Estrazione semplice	60
Estrazione complessa	120
Impianto osteointegrato	750
Otturazione semplice deciduo	50
Otturazione complessa deciduo	90
Otturazione amalgama semplice	80
Otturazione amalgama complessa	100
Otturazione composito semplice	100
Otturazione composito complessa	130
Trattamento endodontico monoradicolato	150
<i>comprensivo ricostruzione</i>	
Trattamento endodontico biradicolato	200
<i>comprensivo ricostruzione</i>	
Trattamento endodontico poliradicolato	300
<i>comprensivo ricostruzione</i>	
Corona provvisoria	50
Corona fusa non preziosa	350
Corona fusa preziosa	400
Corona lega non preziosa e ceramica	500
Corona lega preziosa e ceramica	550
Corona ceramica integrale	600
Corona in zirconio-ceramica	600
Facceta	400
Perno moncone fuso lega preziosa	200
Ricostruzione perni in silicio o carbonio	150
<i>compresa la ricostruzione</i>	
Intarsio in composito	300
Protesi mobile totale (ad arcata)	700
Protesi mobile scheletrato con ganci	1000
<i>compresi i denti in resina</i>	
Ribasatura indiretta	150
Aggiunta di dente su protesi esistente	50
Ortodonzia semplice pediatrica e dell'adulto	1400 annui

Per tutto quanto non contemplato nell'ortodonzia semplice del bambino e dell'adulto la tariffa va concordata sempre a prezzo di favore direttamente con il Sanitario.

Per tutto quanto non contemplato nel tariffario la tariffa va concordata direttamente con il Sanitario.

Si garantisce che tutte le attrezzature ed i materiali usati per la sterilizzazione e le cure sono prodotti a norma, di qualità e certificati.

STUDIO ODONTOIATRICO CONVENZIONATO



QUESTO STUDIO E' CONVENZIONATO CON


Confartigianato
Imprese ANCONA

**PRESENTANDO LA TESSERA CONFARTIGIANATO DELL'ANNO IN CORSO
POTRAI OTTENERE AGEVOLAZIONI ESCLUSIVE**

La CLINICA DI CHIRURGIA EPATO-BILIARE E DEI TRAPIANTI di ANCONA

La Clinica di Chirurgia Epatobiliare e Trapianti è un reparto chirurgico dell'Università Politecnica delle Marche situata presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona.

La struttura, nata col Prof. Andrea Risaliti nel 2005, è ora diretta dal Prof. Marco Vivarelli, chirurgo trapiantologo proveniente dall'esperienza di due tra i più importanti centri di chirurgia epatica e trapianto di fegato europei, quali il Sant'Orsola di Bologna e il King's College di Londra.

La clinica è stata accreditata come centro regionale di riferimento per la chirurgia del fegato e delle vie biliari e per i trapianti di fegato, rene e pancreas.

L'attività di chirurgia epato-biliare ha ottenuto importanti risultati soprattutto in campo oncologico con il trattamento dei tumori del fegato, primitivi e secondari, delle vie biliari intra ed extra epatiche.

In ambito oncologico, le neoplasie primitive e secondarie del fegato sono le patologie più frequenti.

Tra le forme primitive, l'epatocarcinoma è il tumore maggiormente trattato nei pazienti che presentano un'epatopatia cronica o una cirrosi epatica conclamata ma compare anche, seppur con minor incidenza, nei pazienti con fegato sano.

Il trattamento di queste lesioni è reso particolarmente complesso proprio nei casi che insorgono su fegato cirrotico: l'alterata funzione epatica e l'ipertensione portale, direttamente correlate con la malattia stessa, rappresentano infatti il principale fattore di rischio chirurgico. La peculiarità del nostro centro è di poter candidare i pazienti affetti da HCC a diversi tipi di trattamento, anche combinati tra loro, sulla base delle condizioni cliniche. Ad esempio, pazienti cirrotici che presentino comunque funzione epatica normale ed ipertensione portale lieve possono essere sottoposti ad intervento di resezione epatica; al contrario, i casi con funzione scaduta ed ipertensione portale marcata possono essere candidati al trapianto

di fegato o a trattamenti alternativi locoregionali quali la termoablazione o la chemio-embolizzazione.

Presso la Clinica sono state effettuate circa 170 resezioni per HCC, dal 2005 ad oggi, 140 delle quali proprio su fegato cirrotico con una sopravvivenza pari al 47% a 4 anni.

Un altro importante campo di ricerca è rappresentato dalle metastasi al fegato, con particolare riferimento alle metastasi da tumori primitivi del colon-retto, della mammella e da tumori neuroendocrini del tratto gastro-entero-pancreatico.

La principale sfida in questo ambito è costituita dai casi clinici più complessi che necessitano di una chirurgia epatica avanzata: ad esempio, lesioni che recidivano più volte, metastasi localizzate in vicinanza di grossi vasi come la vena cava, numero o dimensioni dei noduli che rendano necessaria l'asportazione della maggior parte del parenchima epatico.

Il trattamento di questi pazienti è possibile solo in centri altamente specializzati come la Clinica di Chirurgia Epatobiliare dell'azienda Ospedali Riuniti Ancona, struttura in grado di offrire tecniche chirurgiche di elevata complessità ed assistenza anestesiológico-rianimatoria dedicata.

Tra queste procedure vanno annoverate le cosiddette "resezioni epatiche ripetute", gli interventi con "resezione vascolare" e le "resezioni epatiche in due tempi".

Nel primo caso si tratta di interventi condotti in pazienti che presentano plurime recidive di metastasi epatiche; ad ogni recidiva il paziente viene sottoposto a una nuova resezione epatica, fino a 3-4 interventi nell'arco di 5-6 anni; la difficoltà della procedura aumenta ad ogni successivo intervento e risiede proprio nel sommarsi delle aderenze chirurgiche che rende particolarmente complesso l'isolamento del fegato e delle sue strutture vascolari.

Gli interventi con "resezione vascolare" sono invece procedure che prevedono la resezione di tumori infiltranti tratti di grandi vasi, come

la vena cava inferiore; queste strutture devono quindi essere asportate in blocco con la neoplasia e ricostruite con protesi (patch) di materiale biologico o sintetico.

Spesso questi interventi devono essere condotti con una tecnica definita di "esclusione vascolare totale del fegato e perfusione in situ"; in altre parole, per evitare eccessive perdite ematiche, la resezione del tumore viene condotta dopo aver escluso temporaneamente la vascolarizzazione epatica e aver perfuso l'organo con soluzioni saline particolari che riducano il danno ischemico come nel trapianto di fegato.

Gli interventi di "resezione epatica in due tempi" (Two Stage Hepatectomy) sono interventi che vengono svolti in due tempi e che si rendono necessari quando il volume del fegato residuo (fegato che rimane dopo la resezione), non sia sufficiente a garantire una normale funzione post-operatoria.

Il primo tempo può essere chirurgico, con la legatura del ramo portale del fegato sede della neoplasia, o radiologico interventistico con l'embolizzazione del ramo portale stesso.

Tutte queste tecniche hanno l'obiettivo di ipertrofizzare il fegato cosiddetto residuo nell'arco di circa 4 settimane e permettono di condurre la resezione epatica nel secondo tempo chirurgico.

Un intervento di resezione epatica in due tempi assolutamente innovativo è chiamato ALPPS, acronimo della definizione anglosassone di Associating Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy.

La procedura, condotta dall'equipe della Clinica di Chirurgia Epatica, è uno dei primi interventi di questo tipo al mondo e prevede, nel primo tempo chirurgico, oltre alla legatura del ramo portale anche una quasi completa dissezione del lobo epatico da asportare che viene tuttavia lasciato in sede.

Questa tecnica permette di accelerare in modo significativo il processo di ipertrofia del fegato residuo, ottenendo, già dopo circa 7-9 giorni, un incremento volumetrico del fegato rimanente superiore al 100%.

Presso la Clinica di Chirurgia Epatobiliare, negli 8 anni di attività del centro, sono state effettuate più di 850 resezioni epatiche, delle quali circa 600 per metastasi epatiche.

Altra patologia di particolare interesse è il colangiocarcinoma, principalmente nelle sue forme intraepatica (ICC) ed extraepatica ilare detta anche "tumore di Klatskin".

Le principali difficoltà, in questo gruppo di neoplasie, sono rappresentate dal trattamento delle forme più avanzate di Klatskin, quando il tumore coinvolga in modo esteso i dotti biliari.

Anche in questo ambito sono stati effettuati interventi altamente innovativi come le resezioni allargate con tecniche di ricostruzione cosiddette "bilio-digestive multiple" o la procedura definita ALPPS, precedentemente descritta.

In entrambi i casi, l'intervento prevede prima l'asportazione del tumore mediante resezione della via biliare coinvolta e del fegato limitrofo, quindi la successiva ricostruzione della via biliare mediante anastomosi tra uno o più dotti biliari con l'intestino (bi-dutto o tri-dutto-anastomosi).

In campo oncologico, infine, la Clinica si occupa anche di neoplasie dell'apparato digerente quali tumori del colon-retto, in particolare modo nei casi in cui essi si presentino con concomitanti metastasi epatiche (cosiddette "sincrone"); tumori gastrici e del piccolo intestino di varia natura, ovvero epiteliale, neuroendocrina (NET) o mesenchimale (GIST); neoplasie retroperitoneali e pelviche con impegno multiorgano che necessitino di approccio tecnico combinato, ad esempio chirurgico generale, urologico o ginecologico.

L'altra importante attività della Clinica riguarda il trapianto di organi addominali quali fegato, rene e pancreas.

Si tratta di un'attività assolutamente innovativa per la regione Marche, in grado di portare in pochi anni la chirurgia anconetana tra le migliori realtà nazionali.

Il centro partecipa al cosiddetto Nord Italia Transplant Program (NIT-p) ovvero uno dei tre network inter-regionali che gestiscono donazioni e trapianti nel nostro paese.

La regione Marche è entrata far parte del progetto circa 15 anni fa per la gestione delle donazioni d'organo e dal 2005 con i trapianti di fegato, rene e pancreas.

Le regioni coinvolte nel progetto sono, oltre alle Marche, la Lombardia, il Veneto, il Friuli

Venezia Giulia, la Liguria e la Provincia Autonoma di Trento.

Nel campo del trapianto di fegato, il Centro di Ancona si colloca a pieno diritto tra i primi 8 centri in Italia per volume e complessità di interventi.

Il trapianto di fegato viene indicato nei pazienti che presentano una epatopatia terminale come la cirrosi causata prevalentemente da infezioni da virus HBV e HCV, dall'abuso cronico di alcool, da malattie epatiche autoimmunitarie come la Cirrosi biliare primitiva e la colangite sclerosante primitiva o da patologie più rare come l'emocromatosi e la sindrome di Budd-Chiari.

Il centro si occupa anche di trapianto in pazienti definiti "ad alta complessità" che spesso vengono "rifiutati" da altri centri proprio per la difficoltà tecniche dell'intervento o della gestione del paziente stesso.

Tra questi, ad esempio, i pazienti "co-infetti HIV-HCV" ovvero soggetti HIV positivi che sviluppano una cirrosi da infezione HCV; i pazienti con trombosi portale che necessitano di un trapianto ad elevatissima complessità chirurgica definito "emitrasposizione cavo-portale" ovvero il fegato trapiantato non riceve sangue dalla vena porta ma direttamente dalla vena cava inferiore; i pazienti precedentemente sottoposti a chirurgia epatica (previous surgery), nei quali le diffuse aderenze peritoneali, unite al quadro di coagulopatia tipica del cirrotico, rendono ad elevatissimo rischio emorragico il trapianto; infine, i trapianti con utilizzo del cosiddetto "Split Liver" ovvero il trapianto solo di un emifegato, generalmente destro.

Altra importantissima attività della Clinica è costituita dal trapianto di rene, introdotto anch'esso nella regione Marche nel 2005 con l'apertura del Centro di Ancona.

L'indicazione a questo tipo di trapianto viene proprio dalle nefropatie terminali che necessitano di terapia sostitutiva con dialisi peritoneale o extracorporea.

L'equipe della Clinica è tra le poche in Italia ad effettuare entrambe le procedure di trapianto, sia fegato che rene, in alcuni casi selezionati anche nello stesso paziente (trapianto combinato fegato-rene).

Ogni anno nel Centro marchigiano vengono eseguiti in media 37 (43 nel 2012) trapianti di

fegato e 35 di rene (39 nel 2012).

L'Unità di Chirurgia Epatobiliare e Trapianti è situata al terzo piano del Policlinico Universitario, dispone di otto unità-letto di degenza, di tre sedute operatorie settimanali programmate e della disponibilità 24 ore su 24 per 365 giorni anno delle sedute per trapianti. Il Centro si avvale inoltre di due posti di terapia intensiva postoperatoria presso la Divisione di Rianimazione, situata al piano primo dello stesso nosocomio, oltre ad ulteriori posti aggiuntivi di terapia intensiva attivabili in caso di necessità. L'attività clinica assistenziale si svolge al terzo piano del Policlinico, ove sono collocati i letti di degenza postoperatoria e la sala medicheria della clinica. L'ambulatorio per i pazienti esterni (B1-B2) è collocato al piano 0 dell'ospedale, nel contesto dell'area denominata poliambulatori, e vi si accede mediante prenotazione al CUP regionale. Al terzo e al quarto piano si trovano gli studi del personale medico. Le sale operatorie sono collocate al primo piano del Policlinico Universitario e risultano all'avanguardia per concezione strutturale e per le moderne apparecchiature tecnologiche indispensabili per una chirurgia ultra-specialistica, aperta e laparoscopica.

Il Centro mette a disposizione di tutti i colleghi che volessero presentare casi clinici due riunioni settimanali: il lunedì alle ore 14, presso la sala medici del centro (3° piano, corridoio della Senologia), si effettua la "riunione epatocarcinoma (HCC)" per la discussione di casi di neoplasie epatiche primitive e secondarie, con un consesso multidisciplinare costituito da chirurghi, radiologi, radiologi interventisti, gastroenterologi ed oncologi; il martedì alle ore 14, presso la sala del Centro Regionale Trapianti (CRT), la "riunione trapianti", anch'essa presieduta da più specialisti, per la discussione dei pazienti da inserire nella lista trapianto di fegato.

Il Centro ha, inoltre, messo a disposizione dei suoi utenti un sito internet (www.ospedalirunite.marche.it/portale) che, da una parte, serve da sportello per le informazioni sulle attività del centro e le novità diagnostiche e terapeutiche e, dall'altra, facilita la comunicazione per pazienti prenotazioni e richieste da parte dei pazienti o dei loro curanti.

L'origine della bandiera di Ancona

Sergio Giustini

Nel giorno di S. Ciriaco sul sagrato della cattedrale, al termine di una significativa cerimonia religiosa, che mi ha visto partecipe, S.E. l'arcivescovo di Ancona Osimo Mons. Menichelli ha impartito la benedizione al gonfalone della città in occasione dei 2400 anni dalla sua fondazione avvenuta, sembra, sul colle del Montagnolo, verso Posatora.

E' mia intenzione illuminare il gentile lettore, sia pure a grandi linee, sulla storia del vessillo d'oro della Dorica.

Come compiutamente rilevato nello studio dello storico prof. Giancarli della Sapienza la storia di una bandiera manifesta l'identità di una città che ha saputo raggiungere con le sue energie civiche, commerciali e militari un ruolo di rilievo e competitivo in un contesto nazionale ed internazionale.

In effetti simboli ed insegne sorgono con la nascita stessa della storia poiché ogni gruppo umano ha sempre avvertito la necessità di caratterizzarsi e di rendersi riconoscibile sia al proprio interno che nei riguardi degli estranei e dei nemici ed anche Ancona non fa eccezione.

A giudicare dalle monete pervenuteci è verosimile che il primo simbolo cittadino sia stato il gomito che regge una palma di olivo, ciò che appare oggi sullo stemma e gonfalone della provincia di Ancona. Tuttavia la prima bandiera della città è legata alla nascita del comune: tale evento, come rilevato dal grande storico M. Natalucci, fu reso possibile "dalla collaborazione delle forze del lavoro e della attività marinara che ... stringono un patto di solidarietà ed istituiscono, approfittando di circostanze favorevoli, il governo libero ed autonomo della città con la rappresentazione delle classi più attive ed influenti".

Una delle circostanze fortunate fu la prima crociata alla quale si rivolse una nobiltà cittadina giovane, guerriera ed avventurosa (i Bo-



L'antica bandiera del Sovrano Militare Ordine di Malta. La prima bandiera di Ancona, secondo Lazzaro Bernabei, era identica a essa.

narelli, Trionfi, Fazioli, ecc.).

Fu dunque nelle guerre e nei commerci con l'Oriente che tale nobiltà conquistò e legittimò il proprio predominio su una città che, dall'inizio del 12° secolo divenne la "Repubblica Marinara" di Ancona (su tale aspetto spero di avere l'occasione di ritornare in un successivo articolo) che amministrava fondachi a Bisanzio e nel vicino Oriente. Il primo vessillo è quindi strettamente legato alle vicende storiche di quegli anni anche perché è in quel periodo che l'Europa occidentale conosce ed adotta la bandiera come la intendiamo attualmente.

Secondo lo storico L. Bernabei la prima di esse fu una semplice croce bianca su fondo rosso (pontificio) ciò che appare verosimile dal momento che l'insegna crociata venne adottata anche da altri comuni quali Genova, Firenze e Noli, e dal sovrano ordine militare dei cavalieri di Malta a tutto oggi in loro uso.

Nel 12° secolo dominava nell'impero d'Oriente la dinastia dei Comneni nelle persone di Alessio, Giovanni e suo figlio Manuele che salì al trono nel 1143 a ben rappresentare in sé le notevoli influenze romane, greche ed orientali.

Ancona fu uno dei suoi perni della strategia occidentale che perseguiva con interesse e la città si riconobbe vassalla dell'impero; era infatti conveniente alla Dorica cercare un protettore potente per eludere le difficoltà adriatiche nella figura dei tentativi veneziani di rendere l'Adriatico un loro golfo privato. La fedeltà di Ancona durerà almeno venti anni e poiché è provato che Manuele abbia basato molte delle sue relazioni con i Latini tramite generose elargizioni d'oro ad un certo punto, come vedremo appresso, egli dovette aver donato ad Ancona anche un vessillo che divenne la bandiera della città come riportato dal Bernabei nelle sue "croniche anconitane". Essa, da dorata che era, divenne poi gialla per il fatto che "l'oro non può durare sul mare" poiché tende a scurire, e la stessa fu poi mantenuta anche dopo la morte del Comneno, nel 1180. E' attestata infatti nel bel portolano del 1497 del Freducci e riportata altresì dal pittore anconitano A. Lilli nella pala di S. Agostino del 1597 inalberata nel possente vascello disegnato in primo piano (l'opera è visibile nella civica pinacoteca).

Per ciò che riguarda la circostanza in cui la bandiera fu donata si pensa che essa sia stata allorché il coraggio degli anconitani venne premiato in occasione di un assalto ad un castello offeso dai pirati nei pressi di Gallipoli o, anche più verosimilmente, per la resistenza dei cittadini al Barbarossa (si ricorda qui l'assedio della città che vide protagonista l'eroina Stamira).



La bandiera attuale del Comune di Ancona.

Pur tuttavia anche se difettano vere e proprie certezze storiche sull'origine del vessillo giova comunque ricordare, riprendendo ancora lo studio del Giancarli, che Ancona, "città che non manca di fiera e di fierezza ma a volte difetta di energia e si crogiola nel proprio isolamento" dovrebbe essere orgogliosa di aver ottenuto un importante simbolo da un monarca guerriero ed uomo politico tra i più importanti della sua epoca in un tempo in cui la città era in grado di svolgere un ruolo primario in tutto il Mediterraneo orientale e di agire come rappresentante in Italia di un impero universale e di un imperatore illuminato.

Ed allora invito il gentile lettore ad ammirare il vessillo che garrisce al Lazzaretto, al palazzo degli Anziani e al Passetto oltre che in piazza 24 Maggio e ricordare dunque le circostanze storiche della sua adozione.



Andrea Lilli, Veduta di Ancona, frammento della pala di Sant'Agostino, 1597 (Pinacoteca Francesco Podesti di Ancona).

D.L. 69/13 - Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia - Abrogazione certificati medici - Fascicolo sanitario elettronico - Mediazione obbligatoria per cause derivanti da responsabilità medica - Trasmissione in via telematica del certificato medico di gravidanza

*Ai presidenti degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri
Ai presidenti delle commissioni per gli iscritti all'albo degli odontoiatri*

Cari Presidenti,
si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 144 del 21 giugno 2013 - Suppl. Ordinario n. 50 - è stato pubblicato il decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 recante "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia".

Di seguito si riportano le disposizioni di maggior interesse per la professione medica e odontoiatrica.

L'art. 17 recante "Misure per favorire la realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico" (FSE) prevede che le regioni e le province autonome dovranno presentare il piano di progetto del FSE all'Agenzia per l'Italia digitale entro il 31 dicembre 2013. Il FSE sarà istituito entro il 31 dicembre 2014. L'Agenzia per l'Italia digitale e il ministro della Salute dovranno valutare e approvare i progetti.

L'art. 32 concernente **"Semplificazione di adempimenti formali in materia di lavoro"** apporta una serie di **modifiche al D.Lgs. 81/08** recante norme in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Tra le principali novità è prevista la modifica dei parametri che rendono obbligatoria la redazione dell'unico documento di valutazione dei rischi. **Viene poi introdotta la possibilità di attestare per mezzo di un modello ministeriale la valutazione dei rischi per aziende operanti nei settori a basso rischio, che saran-**

no individuati per mezzo di un decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali. Si rileva che allo stato attuale l'assistenza sanitaria è inserita nel rischio alto.

Da verificare la portata di questa disposizione al fine di approfondire se l'attività degli studi professionali medici e odontoiatrici possa rientrare nel rischio basso ed essere, quindi, distinta dall'attività svolta negli ospedali.

L'art. 32 aggiunge però tra l'altro un comma aggiuntivo all'art. 26 del D.Lgs. 81/08 che stabilisce che **"Ferme restando le disposizioni di cui ai commi 1 e 2, l'obbligo di cui al comma 3 non si applica ai servizi di natura intellettuale, alle mere forniture di materiali o attrezzature, ai lavori o servizi la cui durata non è superiore ai dieci uomini-giorno, sempre che essi non comportino rischi derivanti dalla presenza di agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive o dalla presenza dei rischi particolari di cui all'allegato XI. Ai fini del presente comma per uomini-giorno si intende l'entità presunta dei lavori, servizi e forniture rappresentata dalla somma delle giornate di lavoro necessarie all'effettuazione dei lavori, servizi o forniture considerata con riferimento all'arco temporale di un anno dall'inizio dei lavori"**.

L'art. 34 concernente **"Disposizioni in materia di trasmissione in via telematica del certificato medico di gravidanza indicante la data**

presunta del parto, del certificato di parto e del certificato di interruzione di gravidanza" dispone che all'art. 21 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al *decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1-bis. **A decorrere dal termine indicato nel comma 2-ter, il certificato medico di gravidanza indicante la data presunta del parto deve essere inviato all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) esclusivamente per via telematica direttamente dal medico del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato**, secondo le modalità e utilizzando i servizi definiti **con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero della salute**, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, utilizzando il sistema di trasmissione delle certificazioni di malattia, di cui la decreto del Ministro della salute 26 febbraio 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 19 marzo 2010, n. 65.»;

b) dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti:

«2-bis. La trasmissione all'INPS del certificato di parto o del certificato di interruzione di gravidanza deve essere effettuata esclusivamente per via telematica dalla competente struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale, secondo le modalità e utilizzando i servizi definiti con il decreto interministeriale di cui al comma 1bis.»

2-ter. Le modalità di comunicazione di cui ai commi 1-bis e 2-bis trovano **applicazione a decorrere dal novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del decreto interministeriale di cui al comma 1-bis.**

2-quarter. **Fino alla scadenza del termine di cui al comma 2-ter rimane in vigore l'obbligo per la lavoratrice di consegnare all'INPS il**

certificato medico di gravidanza indicante la data presunta del parto, ai sensi del comma 1, nonchè la dichiarazione sostitutiva attestante la data del parto, ai sensi dell'articolo 46 del testo unico di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445*, e successive modificazioni».

2. Alle funzioni e ai compiti derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1 l'amministrazione provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".

L'art. 42 recante "Soppressione certificazioni sanitarie" **prevede l'abrogazione di tutte le certificazioni mediche oggi necessarie per accedere a impieghi pubblici e privati. Restano ovviamente in vigore gli obblighi di certificazione previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. per i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria.**

Sono quindi abrogate ad esempio le disposizioni concernenti l'obbligo del certificato di sana e robusta costituzione o del certificato di idoneità psico-fisica:

- Per la iscrizione al corso superiore dell'istituto magistrale (Art. 2 R.D. 653/25);
- Per coloro che desiderano di essere ammesse in una scuola-convitto professionale per infermiere (art. 17 R.D. 2330/1029);
- Per gli aspiranti ad impieghi negli uffici della Corte dei conti (art. 3 del R.D. 1364/1933);
- Ai fini del conseguimento dell'abilitazione alle funzioni di ufficiale della riscossione (art. 8 del D.P.R. 402/2000);
- Limitatamente alle lavorazioni non a rischio, certificato di idoneità per l'assunzione di cui all'articolo 9 del regolamento di cui al D.P.R. 1668/1956;
- Per gli aspiranti all'autorizzazione all'esercizio delle farmacie (art. 4 del R.D. 1706/1938);
- Per il titolare o il direttore di una farmacia che si assenti per motivi di salute per oltre

15 giorni (art. 31 del R.D. 1706/1938);

- Per gli aspiranti all'autorizzazione all'esercizio della farmacia (art. 5 del D.P.R. 1275/1971);
 - Per i maestri di sci che siano in possesso della relativa abilitazione e che si debbano iscrivere all'albo dei maestri di sci;
 - Per coloro che sono ammessi a svolgere il servizio civile;
 - Per coloro che sono nominati giudici di pace.
- Inoltre è abrogata la legge 22 giugno 1939, n. 1239 recante "Istituzione di una tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici".

L'art. 43 recante **"Disposizioni in materia di trapianto"** stabilisce che per rendere più efficiente l'operatività del sistema nazionale dei trapianti è introdotto l'obbligo per i Comuni di comunicare tempestivamente con mezzo telematico al Sistema Informatico Trapianti gli atti di consenso all'espanto manifestato ai donatori. L'obiettivo è quello di accelerare le procedure finalizzate all'espanto e al trapianto degli organi.

Il capo VIII concernente misure in materia di mediazione civile e commerciale all'art. 84 apporta modifiche al decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Esso di fatto ripristina la mediazione obbligatoria per numerose tipologie di cause tra le quali si annoverano quelle derivanti da responsabilità medica. Si ricorda infatti che la Corte Costituzionale con sentenza n. 272 del 24 ottobre 2012 aveva dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale dell'art. 5, comma 1, del D.Lgs. 28/10 nella parte che aveva imposto la mediazione obbligatoria (Comunicazione n. 97 del 17 dicembre 2012).

L'obiettivo della disposizione è il netto contenimento dei costi per la mediazione e l'adeguato coinvolgimento della classe forense. In particolare l'art. 84, comma 1, lett. b), inserisce un comma aggiuntivo all'art. 5 del D.Lgs. 28/10 prevedendo che "b) all'articolo 5, prima

del comma 2, è inserito il seguente comma:

"1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante **da responsabilità medica** e di diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto preliminarmente a esprimere il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto ovvero il procedimento di conciliazione previsto dal *decreto legislativo 8 ottobre 2007, n. 179*, ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 128-bis del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia di cui al *decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385*, e successive modificazioni, per le materie ivi regolate. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. Il presente comma non si applica alle azioni previste dagli articoli 37, 140 e 140-bis del codice del consumo di cui al *decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206*, e successive modificazioni".

Tali disposizioni si applicano però decorsi trenta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

*Il Presidente
Amedeo Bianco*

La celiachia in ambito odontoiatrico

M. Chiara Brugnami, Federico Fabbri

La celiachia è una malattia infiammatoria della mucosa dell'intestino tenue su base autoimmune, che causa un progressivo appiattimento dei villi intestinali e un conseguente malassorbimento. Essa è dovuta a una intolleranza nei confronti di una frazione proteica del glutine, chiamata gliadina, in soggetti geneticamente predisposti, ma oggi è stato aggiunto anche un altro fattore esterno o ambientale che sono le "micotossine". Quindi si può dire che gli alimenti sono un comune denominatore del danno non solo per il contenuto di macronutrienti, ma anche per le diverse e numerose micotossine che sinergicamente contribuiscono alla sindrome della permeabilità intestinale (leaky gut syndrome). Tra le micotossine la più frequente e dannosa è il "deossinivalenolo" (DON o Vomitossina). Ne risultano contaminati i cereali e i loro derivati ed a causa della sua alta termostabilità lo si può trovare anche negli alimenti finiti. Attualmente uno degli obiettivi principale dei ricercatori è quello di comprendere i delicati equilibri immunologici legati con molta probabilità al consumo di alimenti ricchi di glutine "pesante".

Infatti i grani della moderna agricoltura industriale sono iperconcimati e spesso coltivati in ambienti che favoriscono la contaminazione da funghi con sviluppo di micotossine. Questi grani contengono una quota di glutine superiore del 12% rispetto a quelli non iperconcimati e quindi rendono la vita difficile non solo ai soggetti border line per la celiachia, ma anche a tutti i casi caratterizzati da manifestazioni immunologicamente correlate come la "sindrome metabolica".

Nella sua forma tipica e maggiormente conosciuta, la celiachia si manifesta tra i 6 e i 18 mesi di età, dopo poco tempo dall'introduzione del glutine nella dieta (con lo svezzamento), con una tipica sindrome da malassorbimento: diarrea cronica con feci sfatte, voluminose e maleodoranti, rallentamento della cre-

scita, inappetenza, distensione e dolore addominale, ipotonia muscolare, irritabilità, perdita di peso. La gran parte dei casi di celiachia, tuttavia, non è diagnosticata a causa di una sintomatologia atipica, prevalentemente extraintestinale.

Oggi in Italia si stima che una persona su 100 sia colpita da questa forma di intolleranza e secondo i dati forniti dall'Associazione italiana celiachia, ogni anno vengono effettuate 20.000 nuove diagnosi con un incremento del 20% circa.

Per evitare dunque complicanze è indispensabile diagnosticare per tempo tale malattia grazie ai test sierologici e ad una biopsia intestinale (nella seconda e terza porzione duodenale o nel digiuno prossimale) che mostri lesioni compatibili con la celiachia.

IL DENTISTA E LA CELIACHIA

Il cavo orale potrebbe essere una finestra privilegiata per porre il sospetto diagnostico di celiachia: infatti è da tempo noto come alcune alterazioni a carico dei tessuti duri e molli del cavo orale possano essere delle vere e proprie "spie" della malattia celiaca. Infatti le manifestazioni orali più comuni ed evidentemente correlate con la celiachia sono la stomatite aftosa ricorrente e le ipoplasie dello smalto, ma a queste si possono affiancare manifestazioni orali più rare, spesso conseguenza di altri stati carenziali dovuti al malassorbimento intestinale come le glossiti atrofiche, il ritardo dell'eruzione dentaria e dello sviluppo dei mascellari, oppure le malattie autoimmuni potenzialmente associate alla celiachia come la sindrome di Sjogren, che colpisce le ghiandole salivari e lacrimali, ed il Lichen planus che colpisce le cellule della cute e delle mucose, spesso con interessamento orale. Il dentista potrebbe essere quindi la prima figura sanitaria a porre il sospetto diagnostico, anche (e soprattutto) nelle forme paucisintomatiche e atipiche.

ASPETTI ODONTOSTOMATOLOGICI DELLA MALATTIA CELIACA

DIFETTI DELLO SMALTO

Se la malattia celiaca insorge durante lo sviluppo dei denti permanenti, (prima dei 7 anni), si possono verificare anomalie nella struttura dello smalto. La letteratura sostiene che tali difetti sono prevalenti nella dentizione mista/permanente rispetto alla decidua. Questo dato si spiega considerando che lo sviluppo delle corone dei denti permanenti si verifica tra i primi mesi di vita e il settimo anno (dopo l'introduzione del glutine), mentre la formazione dei denti decidui avviene principalmente a livello uterino. Tuttavia, la presenza di difetti dello smalto anche in dentizione decidua supporta l'ipotesi che fattori immuno-genetici siano coinvolti nello sviluppo delle anomalie dentarie correlate alla celiachia.

Come interferisce la malattia celiaca con lo sviluppo dello smalto? Ci sono due ipotesi che aspettano ancora il supporto definitivo della ricerca. La prima riguarda l'alterato metabolismo fosfo-calcico dovuto al malassorbimento presente nel celiaco. La seconda ipotesi teorizza la formazione di autoanticorpi antimatrice organica dello smalto con interferenza nei processi di differenziazione e mineralizzazione.

STOMATITE AFTOSICA RICORRENTE (SAR)

Le lesioni aftose, pur presentando caratteristiche cliniche simili sia nei pazienti affetti da malattia celiaca che nel resto della popolazione, si presentano con una frequenza anche tre volte maggiore e la correlazione tra morbo celiaco e RAS è supportata dal miglioramento, se non dalla completa remissione, delle afte orali in molti pazienti sottoposti a GFD (gluten-free-diet) e dalla ricomparsa delle afte dopo reintroduzione del glutine.

Generalmente i pazienti celiaci con SAR presentano una forma di aftosi minor. Tuttavia, sono stati riscontrati anche casi con aftosi major o erpetiforme.

CARIE

Alcuni studi non riportano differenze nella prevalenza di carie tra soggetti celiaci e soggetti sani. Altri studi hanno evidenziato addirittura indici di carie significativamente inferiori nei pazienti celiaci. Questo dato potrebbe essere correlato ai regimi dietetici più controllati seguiti dai pazienti con celiachia.

LINGUA ATROFICA

Nei celiaci la lingua appare come il sito maggiormente colpito, poiché spesso i pazienti riferiscono dolore o bruciore e, anche se in base percentuale, eritema o atrofia. È pertanto consigliato al dentista di prestare particolare attenzione alle "cosiddette glossiti", soprattutto nelle forme croniche che non trovano alcuna plausibile correlazione.

CONCLUSIONI

In base alle nuove prospettive, i pazienti con sospetta celiachia sono stati sottoposti a prelievi di campioni bioptici intestinali per fare una valutazione istologica routinaria e le colture per la ricerca degli anticorpi anti-endomisio (EMA) e anti-transglutaminasi tissutale (tTG). Ogni paziente è stato sottoposto anche a biopsia orale per un'analoga ricerca di autoanticorpi. Lo studio ha dimostrato il ruolo della mucosa orale nella produzione di EMA e anti-tTG in pazienti celiaci non trattati, dimostrando come la mucosa orale partecipa alla reazione immune che caratterizza la patogenesi della malattia e suggerendo un nuovo sito immunologico per la ricerca di autoanticorpi nella malattia celiaca. La moderna odontoiatria quindi dispone di tutti i mezzi e le conoscenze per aiutare e indirizzare la diagnosi di malattia celiaca. Quest'ultima è stata paragonata, a giusta ragione, a un iceberg: il riconoscimento dei segni e sintomi intraorali permette di far emergere proprio quella porzione di pazienti non diagnosticati (la parte sommersa dell'iceberg), migliorando di molto la qualità e le loro aspettative di vita.



IRCCS · INRCA · POR di ANCONA UOC LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MOLECOLARI

Certificazione ISO 9001:2000

Direttore: Dott. Franco Busco · Tel. 071.8003394 · fax 071.8003398 · server internet: www.inrca.it

AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Oggetto: Emoglobina glicata (HbA1c) e nuova modalità di refertazione

Gentile Collega,

L'emoglobina glicata o β N1-deossifruktosil-emoglobina (HbA1c) rappresenta il prodotto di una reazione non enzimatica di glicazione, che consiste in una condensazione tra il gruppo aldeidico del glucosio e il gruppo amminico della valina terminale della catena β dell'emoglobina A_g. La quantità di HbA1c formata è strettamente correlata alla concentrazione di glucosio nel sangue. In particolare, considerando la vita media degli eritrociti, si ritiene che il valore di HbA1c rifletta la glicemia media dei 2-3 mesi precedenti il prelievo. Per questo motivo, il monitoraggio delle concentrazioni di HbA1c è divenuto un parametro irrinunciabile nella valutazione del grado di controllo glico-metabolico nella malattia diabetica e nel predire il rischio di complicanze vascolari di questi soggetti.

L'HbA1c, misurata ogni sei mesi, è infatti considerata il Gold Standard nella valutazione del controllo metabolico del paziente diabetico, un valido riferimento per il monitoraggio della terapia, al fine di ottenere il miglior controllo glicemico possibile ed evitare le complicanze croniche della malattia diabetica. Lo studio Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) nel diabete tipo 1 e l'UK Prospective Study (UKPDS) in quello di tipo 2 hanno dimostrato un'associazione tra la riduzione dell'HbA1c e la riduzione del rischio di complicanze micro- e macro-vascolari.

Molto più recentemente (gennaio 2010) l'Associazione Americana per il Diabete (ADA) ha raccomandato di impiegare la HbA1c non solo come indicato nel precedente paragrafo (utilizzo ormai ampiamente consolidato), ma anche per diagnosticare la malattia diabetica. Un documento di consenso rilasciato qualche

mese prima aveva chiaramente specificato i vantaggi dell'impiego della HbA1c rispetto alla glicemia per diagnosticare il diabete.

I principali motivi riportati sono che la HbA1c:

- è espressione della glicemia media di un lungo periodo e non di un singolo momento e quindi fornisce un migliore indice delle concentrazioni glicemiche medie nell'individuo;
- ha una minore variabilità biologica individuale;
- ha una minore instabilità nel campione di sangue prelevato;
- non necessita di un prelievo a digiuno;
- non è sostanzialmente influenzata da situazioni acute o situazioni di stress;
- è lo stesso parametro usato per il monitoraggio clinico e della terapia nel soggetto diabetico.

La diagnosi richiede comunque una conferma con una seconda misurazione dell'HbA1c. Occorre anche tenere presente che in tutte le condizioni in cui la sopravvivenza degli eritrociti è modificata (es. emoglobinopatie, anemia emolitica, anemia sideropenica, emorragie, trasfusioni, splenectomia, ecc...) la determinazione dell'HbA1c deve essere valutata con molta cautela.

Questa nuova raccomandazione clinica giunge quasi in contemporanea con quella relativa all'adozione di un nuovo standard di riferimento specifico per la misura della HbA1c che renderà confrontabili i risultati ottenuti nei laboratori in Italia e nel mondo. In conseguenza della standardizzazione internazionale per la misura di HbA1c, a partire dal 2010 le modalità per la refertazione di questo parametro sono cambiate in tutto il mondo.

CAMBIAMENTO NEL REFERTO DELL'HbA1c

Seguendo le raccomandazioni internazionali, affinché il passaggio dalla vecchia modalità di refertazione alla nuova non generasse confusione nei pazienti e nei medici, dal 2010 ad oggi il referto della HbA1c del nostro Laboratorio ha riportato i risultati espressi sia nella vecchia (DCCT; %), che nella nuova unità di misura (IFCC; mmol/mol) al fine di permettere un passaggio dal vecchio al nuovo senza problematiche. L'International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) ha messo a punto un nuovo metodo e nuovi materiali di riferimento per una standardizzazione mondiale delle misure dell'HbA1c, mantenendo sempre l'allineamento al DCCT. Questo metodo di riferimento permette di misurare direttamente la porzione glicata dell'emoglobina, di conseguenza, trattandosi di una determinazione quantitativa, l'unità di misura adottata è "mmol/mol", ed esprime in millimoli l'emoglobina (catena β) glicata per mole di emoglobina (catena β) totale.

In seguito alla standardizzazione internazionale della misura dell'emoglobina glicata (HbA1c), il Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Molecolari dell'INRCA modifica le modalità di refertazione ed in accordo alle più recenti raccomandazioni delle Società scientifiche a partire da fine giugno 2013 il referto riporterà SOLO i risultati secondo la nuova standardizzazione IFCC (mmol/mol).

COME SARÀ IL NUOVO REFERTO?

In accordo con quanto proposto dalle Società Italiane ed Internazionali di Diabetologia (ADA, EASD, IDF), il livello decisionale per la diagnosi di diabete e i valori di riferimento indicati sul referto saranno solo i seguenti:

Hb Glicata (IFCC)

Intervallo di riferimento 20 – 38 mmol/mol

Livello decisionale per la diagnosi di diabete 48 mmol/mol

COME SI CORRELANO LE NUOVE UNITÀ DI MISURA CON LE VECCHIE?

Per facilitare l'interpretazione dei risultati, si riporta nell'Allegato 1 la "TABELLA DI CONVERSIONE" tra unità in percentuale [armonizzate secondo l'allineamento al "National Glycohemoglobin Standardization Programme" (NGSP) americano] e unità SI (IFCC) in mmol/mol.

La conversione tra le due unità di misura si basa sull'equazione "master" pubblicata da Hoelzel et al. [NGSP (%) = $0,0915 \times \text{IFCC (mmol/mol)} + 2,152$]. L'equazione che descrive la relazione tra HbA1c espressa in mmol/mol e quella espressa in % è stata ripetutamente validata, tanto da permettere una relazione stabile ma non lineare nel rapporto esistente tra le due espressioni di misura.

A CHI POSSO RIVOLGERMI PER CHIARIMENTI?

Dott. Franco Busco	☎	071.8003394
Dott.ssa Roberta Galeazzi	☎	071.8003623
Dott.ssa Antonella Marziali	☎	071.8003395

Ancona, 20/06/2013

Direttore del Laboratorio Analisi
Chimico Cliniche e Molecolari
Dott. Franco Busco

TABELLA DI CONVERSIONE

PER L'ESPRESSIONE DEI RISULTATI DI EMOGLOBINA GLICATA IN UNITÀ PERCENTUALE IN ACCORDO COL "NATIONAL GLYCOHEMOGLOBIN STANDARDIZATION PROGRAMME" (NGSP) E UNITÀ IFCC (mmol/mol)

Le formule per convertire le nuove unità nelle vecchie e viceversa sono rispettivamente:

$$DCCT\% = 0,0915 \times IFCC(\text{mmol/mol}) + 2,15$$

$$IFCC(\text{mmol/mol}) = (DCCT\% - 2.15) \times 10.93$$

Nella seguente tabella di conversione, in **verde** sono i valori di riferimento per i soggetti non diabetici; in **grigio** la zona indefinita; in **giallo** i possibili valori per i soggetti diabetici; in **azzurro** i valori insoliti che fanno propendere per la presenza di interferenze analitiche/pre-analitiche (es. presenza di una variante emoglobinica). In **grassetto** è il valore decisionale di particolare significato clinico per la diagnosi di diabete.

% DCCT	mmol/mol IFCC	% DCCT	mmol/mol IFCC	% DCCT	mmol/mol IFCC
3.5	15	7.7	61	11.9	107
3.6	16	7.8	62	12.0	108
3.7	17	7.9	63	12.1	109
3.8	18	8.0	64	12.2	110
3.9	19	8.1	65	12.3	111
4.0	20	8.2	66	12.4	112
4.1	21	8.3	67	12.5	113
4.2	22	8.4	68	12.6	114
4.3	23	8.5	69	12.7	115
4.4	25	8.6	70	12.8	116
4.5	26	8.7	72	12.9	117
4.6	27	8.8	73	13.0	119
4.7	28	8.9	74	13.1	120
4.8	29	9.0	75	13.2	121
4.9	30	9.1	76	13.3	122
5.0	31	9.2	77	13.4	123
5.1	32	9.3	78	13.5	124
5.2	33	9.4	79	13.6	125
5.3	34	9.5	80	13.7	126
5.4	36	9.6	81	13.8	127
5.5	37	9.7	83	13.9	128
5.6	38	9.8	84	14.0	130
		9.9	85	14.1	131
5.7	39	10.0	86	14.2	132
5.8	40	10.1	87	14.3	133
5.9	41	10.2	88	14.4	134
6.0	42	10.3	89	14.5	135
6.1	43	10.4	90	14.6	136
6.2	44	10.5	91	14.7	137
6.3	45	10.6	92	14.8	138
6.4	46	10.7	93	14.9	139
6.5	48	10.8	95	15.0	140
6.6	49	10.9	96		
6.7	50	11.0	97	15.1	142
6.8	51	11.1	98	15.2	143
6.9	52	11.2	99	15.3	144
7.0	53	11.3	100	15.4	145
7.1	54	11.4	101	15.5	146
7.2	55	11.5	102	15.6	147
7.3	56	11.6	103	15.7	148
7.4	57	11.7	104	15.8	149
7.5	58	11.8	105	15.9	150
7.6	60			16.0	151

medici &medici



www.ordinemedici.ancona.it
segreteria@ordinemedici.ancona.it