

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. 13 - Settembre 2014
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

n. 13
SETTEMBRE

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



Contiene convocazioni
Assemblee elettorali



Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Ancona

Prot. n. 1989

Ancona, 22/09/2014

AGLI ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI della provincia di ANCONA

Comunico che nell'Assemblea elettorale dei giorni 19/20/21 settembre u.s. non è stato raggiunto il "quorum" dei votanti necessari.

Pertanto invio il presente

AVVISO DI SECONDA CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

- 1) **CONSIGLIO DIRETTIVO: COMPONENTI ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**
- 2) **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

TRIENNIO 2015-2017

- 1) **CONSIGLIO DIRETTIVO: Componenti iscritti all'albo dei Medici Chirurghi**

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo dei Medici-chirurghi è convocata, ai sensi del DLCPS 13 settembre 1946 n. 233, del DPR 5 aprile 1950, n. 221 e successive modificazioni ed integrazioni, nei giorni:

SABATO 18 ottobre 2014 dalle ore 9,00 alle ore 18,00
DOMENICA 19 ottobre 2014 dalle ore 9,00 alle ore 18,00
LUNEDI' 20 ottobre 2014 dalle ore 9,00 alle ore 18,00

nella sede dell'Ordine, per l'elezione dei **quindici** componenti del Consiglio Direttivo iscritti all'Albo dei Medici chirurghi.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ivi compresi i componenti uscenti del Consiglio Direttivo.

Componenti uscenti: 1) BORROMEI FULVIO Presidente; 2) BILO' MARIA BEATRICE Vice- Presidente; 3) GUERRIERI ARCANGELA Segretario; 4) RICCI QUIRINO MASSIMO Tesoriere; 5) BERDINI VINCENZO; 6) BRACCIONI FRANCESCO; 7) CAMPANATI ANNA; 8) CAPECCI ILARIA; 9) CASCIA SERGIO; 10) D'ERRICO MARCELLO MARIO; 11) GIUSTINI SERGIO; 12) PETRUZZI GIOVANNI; 13) PREVITERA BICE; 14) SESTILI RICCARDO; 15) SILVESTRELLI MARCO.

Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità e di incompatibilità per l'elezione alle cariche ordinistiche.

L'iscritto, per votare, deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di un documento di riconoscimento.

Egli deve esprimere le proprie preferenze scrivendo sulla scheda cognome e nome di massimo quindici iscritti all'albo dei medici chirurghi.

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del cognome e nome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungere al cognome e nome, la data di nascita o/e il luogo di nascita, o/e il domicilio, risultanti dall'Albo.

L'Assemblea è valida se vota almeno un decimo degli iscritti.

- 2) **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

Ai sensi dell'art.27, del DPR 5 aprile 1950, n. 221, è convocata l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e l'Assemblea degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri nei su citati giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine, per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità valide per l'elezione dei componenti medici del Consiglio direttivo.

Componenti effettivi uscenti: 1) ROCCHETTI GIULIANO - Presidente 2) CELLESI GERARDA LUCIA; 3) ESPOSTO ELISABETTA. Componente supplente: 1) VICHI MADDALENA.

L'Assemblea è valida se vota almeno un decimo degli iscritti ai due albi.


Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

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 Brugnami

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 Petrucci

Bice Previtiera

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 Brugnami

Francesco Maria Montecchiani

Roberto Tartuferi

*In copertina: Porto di Ancona**Questo numero è stato chiuso il
25 settembre 2014**Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa***EDITORIALE***La partecipazione ordinistica* 5**NOTIZIE DALLA REDAZIONE***Pillole di Medicina, una sfida per la
formazione* 6*La responsabilità professionale medica:
un punto di incontro fra medici ed avvocati* 7**BUONA SANITA'***Il DNA fingerprinting sulla scena del crimine* ... 12*Il governo clinico nella integrazione
Ospedale-Territorio* 16*Ulteriori Ricerche e Applicazioni nel Campo
dell'Ozono Terapia: Molto più di una
"Ipotesi Terapeutica Non Convenzionale"* 19**NOTIZIARIO***Progetto "Ossi Duri... si Diventa"
Documento di sintesi* 22



Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Ancona

Prot. n. 1990

Ancona, 22/09/2014

AGLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI della provincia di ANCONA

Comunico che nell'Assemblea elettorale dei giorni 19/20/21 settembre u.s. non è stato raggiunto il "quorum" dei votanti necessari.

Pertanto invio il presente

AVVISO DI SECONDA CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

1) COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

2) COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

TRIENNIO 2015-2017

1) COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri è convocata, ai sensi del DLCPS 13 settembre 1946 n. 233, del DPR 5 aprile 1950, n. 221 e successive modificazioni ed integrazioni, dell'art. 6 della legge 24 luglio 1985 n. 409 e dell'art. 1, comma 13 del D.L. 324/93, per

SABATO 18 ottobre 2014 dalle ore 9,00 alle ore 18,00
DOMENICA 19 ottobre 2014 dalle ore 9,00 alle ore 18,00
LUNEDI' 20 ottobre 2014 dalle ore 9,00 alle ore 18,00

nella sede dell'Ordine, per l'elezione dei **cinque** componenti iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

I due eletti che conseguono il maggior numero delle preferenze fanno parte del Consiglio Direttivo, ai sensi del 2° e dell'ultimo comma dell'art.6, della citata legge 24 luglio 1985, n. 409.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i componenti uscenti della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Componenti uscenti: 1) FABBRI FEDERICO - Presidente 2) BRUGNAMI MARIA CHIARA 3) MONTECCHIANI FRANCESCO MARIA 4) TARTUFERI ROBERTO 5) TUCCI STEFANO Consigliere.

Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità e di incompatibilità per l'elezione alle cariche ordinarie.

L'iscritto, per votare, deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di un documento di riconoscimento.

Egli deve esprimere le proprie preferenze scrivendo sulla scheda cognome e nome di massimo cinque iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del cognome e nome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungere al cognome e nome, la data di nascita o/e il luogo di nascita, o/e il domicilio, risultanti dall'Albo.

L'Assemblea è valida se vota almeno un decimo degli iscritti.

2) COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ai sensi dell'art. 27, del DPR 5 aprile 1950, n. 221, è convocata l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e l'Assemblea degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri nei su citati giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine, per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei Conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità valide per l'elezione dei componenti medici del Consiglio direttivo.

Componenti effettivi uscenti: 1) ROCCHETTI GIULIANO - Presidente 2) CELLESÌ GERARDA LUCIA 3) ESPOSTO ELISABETTA. Componente supplente: 1) VICHI MADDALENA.

L'Assemblea è valida se vota almeno un decimo degli iscritti.

Il Presidente
Dot. Fulvia Borromei

LA PARTECIPAZIONE ORDINISTICA

di Fulvio Borromei

Presidente OMCEO di Ancona

Aristotele disquisiva sul naturale bisogno dell'uomo di organizzarsi in varie forme, in particolare come nella Polis Greca dove l'uomo attraverso l'intelletto, la socialità, il confronto con gli individui cerca di realizzare il bene e la felicità.

Nella "Repubblica", Platone evidenzia nello Stato un individuo in grande a testimonianza di quanto sia radicato nella personalità dell'uomo il sentirsi parte del suo mondo sociale.

L'uomo greco concretizza momenti sociali che fanno da colonne portanti all'edificio Stato.

Da queste brevi riflessioni si evince quanto grande era il senso di appartenenza nella comunità greca.

Se rapportiamo questi concetti alla nostra società contemporanea constatiamo amaramente quanto una buona parte delle nostre comu-

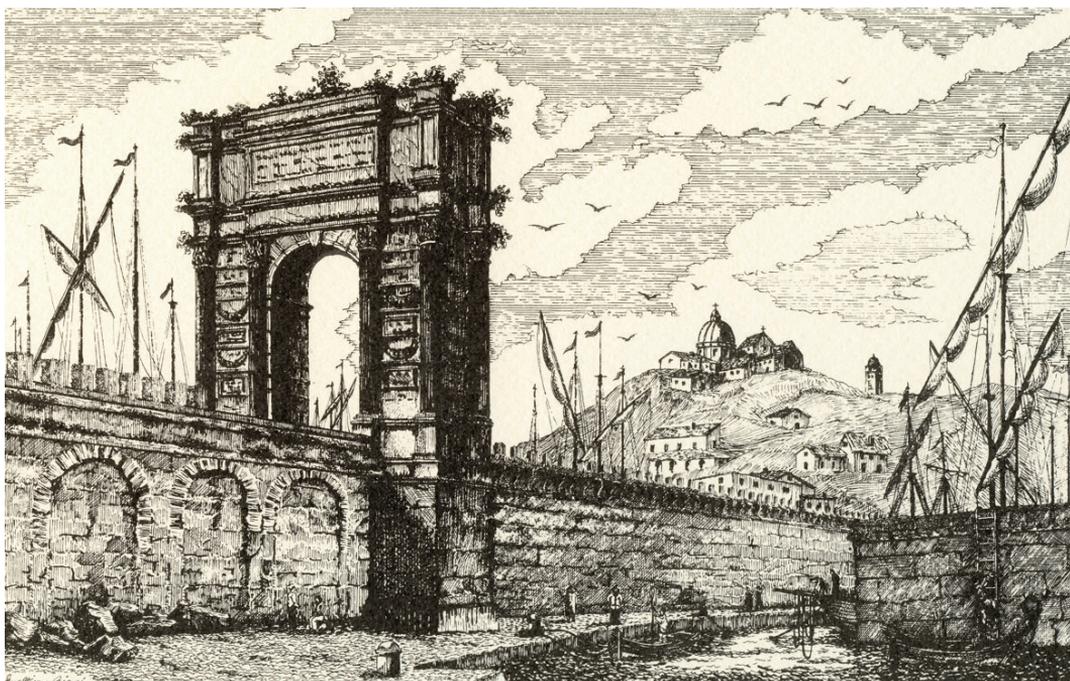
nità siano lontane dal senso di appartenenza, dalla partecipazione, dalla critica costruttiva, dalla comunione di intenti.

Le cause sono molteplici e sarebbe lungo ed arduo affrontarle in questa mia breve nota che ha solo lo scopo di far riflettere alla classe medica tutta, quanto sarebbe importante recuperare questi principi per riprendere un cammino propositivo, unitario, umanista, che ci è sempre appartenuto.

Creedere, partecipare, valutare potrebbero contribuire al risveglio della nostra antica storia professionale.

Sulla base di queste riflessioni invito tutta la classe medica ed odontoiatrica a partecipare al prossimo appuntamento elettorale di ottobre per il rinnovo delle cariche ordinistiche.

Nella speranza che questo appello sia colto, porgo un cordiale saluto a tutti.



Pillole di Medicina, una sfida per la formazione

di Arcangela Guerrieri

Consigliere segretario OMCeO Ancona

Il corso di formazione "Pillole di Medicina" la cui prima edizione si è svolta da gennaio ad aprile 2014, è nato in seguito ad un'esigenza emersa dai risultati della ricerca sui giovani medici, promossa dall'Omceo di Ancona in collaborazione con il CRISS dell'Università Politecnica delle Marche. Infatti la maggioranza dei giovani colleghi che aveva risposto al questionario chiedeva che l'Ordine organizzasse corsi di formazione gratuiti. Siamo quindi partiti con questa nuova esperienza e abbiamo "reclutato" colleghi esperti, utilizzandoli come docenti. La prima edizione iniziata nel gennaio 2014 si è conclusa ad aprile.

Il corso è stato volutamente riservato a 25 discenti per permettere un rapporto frontale con i docenti: gli argomenti trattati sono stati i più svariati dalla gestione della febbre nel bambino, alla gestione dell'attacco ischemico acuto nell'adulto, ma il filo conduttore che ha legato tutti gli incontri è stato il taglio pratico delle lezioni per offrire uno strumento valido ai giovani colleghi che si affacciano alla professione. Il successo della prima edizione e le ri-



chieste dei colleghi che non si erano potuti iscrivere, ci hanno spinto a ripetere una seconda edizione che attualmente è in corso e che si concluderà nel prossimo novembre. La partecipazione è gratuita e l'accreditamento ECM dà diritto al conseguimento di 36 crediti formativi. Gli incontri si sono svolti presso la sede dell'Ordine. Un doveroso ringraziamento a tutti i docenti che hanno accettato con entusiasmo alla nostra iniziativa e a tutti coloro che hanno partecipato al corso i quali con la loro calorosa partecipazione ci hanno ripagato delle fatiche organizzative.



La responsabilità professionale medica: un punto di incontro fra medici ed avvocati

di Loredana Buscemi e Arcangela Guerrieri

Anche quest'anno l'Ordine dei Medici e degli Avvocati di Ancona e l'Associazione Italiana Giovani Avvocati, in collaborazione con la Medicina Legale dell'Università Politecnica delle Marche, hanno organizzato un evento congressuale nell'ambito delle ormai consuete "Giornate Doriche tra Medicina e Diritto", dal titolo "La responsabilità professionale medica: alla ricerca di un punto di incontro tra medici ed avvocati", che si è tenuto il 19 giugno 2014 presso l'aula Montessori del Polo Murri della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona. La Direzione Scientifica, affidata alle dott.sse Loredana Buscemi, della Medicina Legale di Ancona, ed Arcangela Guerrieri, Consigliere

Segretario del nostro Ordine, ha selezionato cultori della materia che da anni si occupano di responsabilità medica, sia sotto il profilo medico legale che sotto il profilo squisitamente giuridico.

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 responsabilizzazione dei professionisti, e a costruire un linguaggio comune fra le due categorie professionali per quanto attiene l'accertamento della responsabilità medica.

La sessione scientifica è stata aperta ufficialmente con il benvenuto dell'Avvocato Mario


**ORDINE
DEGLI AVVOCATI
DI ANCONA**


**UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE**


**ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ANCONA**

19 Giovedì **2014**
GIUGNO

LE GIORNATE DORICHE TRA MEDICINA E DIRITTO

**La Responsabilità
Professionale Medica:
alla ricerca di un
punto di incontro tra
medici ed avvocati**

aiga

Auditorium Maria Montessori
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Murri
Torrette di Ancona

Antonio Massimo Fusario, Presidente della Associazione Giovani Avvocati di Ancona (AIGA), con una breve introduzione dei Presidenti degli Ordini dei Medici e degli Avvocati della Provincia di Ancona, dott. Fulvio Borromei ed Avv.to Giampiero Paoli, e con i saluti delle autorità.

Il dibattito scientifico è stato moderato dal prof. Adriano Tagliabracci, Ordinario di Medicina Legale dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, e dall'Avv.to Mario Scaloni, del foro di Ancona, professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona.

Nel corso formativo, organizzato in una sessione pomeridiana, con più di 350 partecipanti tra medici ed avvocati, sono state prese in esame le ricadute nell'accertamento della responsabilità professionale del medico, in particolare sotto il profilo civilistico.

Nella prima relazione, dal titolo *"Può la giurisprudenza dettare le regole della professione*

medica", problema quanto mai delicato ed attuale del dibattito in materia di responsabilità medica, il prof. Gianfranco Iadecola, già sostituto Procuratore Generale presso la Corte di Cassazione, ha sottolineato come nel corso degli anni si è assistito soprattutto, se non esclusivamente, ad opera della giurisprudenza civile della Corte di Cassazione, alla creazione per via giurisprudenziale di principi di diritto, di vere e proprie regole giuridiche, in tutto assimilabili a quelle dettate dal legislatore. Ci si trova di fronte a giudici che si fanno legislatori e che aggiungono alle regole codicistiche altre norme, con una marcata divaricazione di atteggiamento fra il settore penale e civile della giurisprudenza. Il fenomeno, infatti, è riservato alla responsabilità civilistica, risarcitoria, in quanto nell'ambito penalistico la Corte di Cassazione ha attinto delle posizioni assai più equilibrate e condivisibili rispetto all'eccessiva severità interpretativa del passato. Basta, a titolo esemplificativo, citare la valutazione della causalità omissiva e gli approdi della Sentenza





Franzese (Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese, in Riv. it. dir. e proc. pen., 2002, pag. 1133- 1144), pietra miliare nella storia della responsabilità penale del medico, dove la probabilità in base alla quale si accerta la correlazione causale non è quella meramente statistica e quindi non può essere affidata alle leggi scientifiche di copertura, ma è una probabilità di tipo logico, che significa confronto delle leggi di copertura con tutte le circostanze del caso concreto. Mentre la giurisprudenza penale si adegua al dettato normativo, rivedendo soprattutto le proprie posizioni in materia di correlazione causale, il diritto civile, invece, nell'ambito della responsabilità professionale del medico, istituisce nuove regole e va alla ricerca di nuovi principi. Tale atteggiamento, peraltro, desta grande sorpresa, in quanto i giudici di legittimità in sede civile, hanno sempre espresso, più che non i giudici nell'ambito penale, posizioni accorte, prudenti, addirittura remissive. E' nel diritto penale che si combatte la battaglia, che gli animi si accendono e che sono possibili addirittura degli eccessi dialettici! Invece, paradossalmente, ci troviamo di fronte ad una

Corte di Cassazione che inopinatamente assume una posizione rivoluzionaria e dal 1999 immuta completamente le proprie radicate posizioni del passato; è infatti dal 1999 che compongono le prime decisioni secondo cui la responsabilità del medico pubblico è una responsabilità di tipo contrattuale. Il contatto fra il paziente ed il medico pubblico (che mai precedentemente ha visto quel paziente!), il cosiddetto contatto sociale ingenera, secondo questa linea innovatrice della interpretazione giurisprudenziale, un rapporto che ha tutte le caratteristiche del rapporto obbligatorio. E' come se quel sanitario fosse stato selezionato e prescelto da parte del paziente! Questa è la più importante delle innovazioni ed è proprio l'istituto del contatto sociale di derivazione germanica che costituisce il punto di partenza delle ulteriori proposizioni che quella giurisprudenza innovativa dal 1999 propone. Fino ad allora la giurisprudenza era pacifica nel ritenere che la responsabilità del medico pubblico fosse di tipo extracontrattuale. L'importanza nel principio del diritto di questa regola nuova sta proprio nella differenza che si delinea fra una responsabilità di tipo contrattuale ed una responsabilità di tipo extracontrattuale, sul piano anzitutto della prescrizione del diritto a chiedere il risarcimento del danno, decennale in un caso e quinquennale nell'altro. Un termine, quello "decennale" della responsabilità extracontrattuale che peraltro, come verrà puntualizzato dalle Sezioni Unite Civili nel gennaio 2008, decorre non da quando il medico ha osservato il comportamento causativo del pregiudizio, ma da quando il paziente ha possibilità di percepire che il danno che lamenta possa essere stato conseguenza di una condotta inadeguata del medico. L'altra implicazione giuridica importante della qualificazione della responsabilità del medico pubblico in termini di responsabilità contrattuale è l'inversione degli oneri probatori. La Cassazione Civile afferma che il medico è il soggetto più forte nel rapporto terapeutico ed è il sog-

getto che domina la situazione in virtù della competenza scientifica che possiede e deve, quindi, scontare questa posizione di superiorità intellettuale rispetto al paziente! Deve, quindi, essere il medico ad essere gravato degli oneri probatori maggiori e deve essere lui a dimostrare di non aver fallito nell'opera terapeutica o diagnostica posta in essere o del perchè si è arrivati ad un fallimento. Il paziente, da profano, avrebbe grosse difficoltà a dimostrare la colpa del merito ed, in particolare, la correlazione causale fra la condotta del medico ed il pregiudizio ora lamentato. Se il medico manca a questo onere dimostrativo, il medico praticamente perde la causa! La ragione di fondo che ha indotto la Corte di Cassazione ad assumere questa posizione di favore, che si manifesta, anzitutto, nella collocazione della responsabilità del medico, quant'anche pubblico, in quella contrattuale è quella di proteggere oltremodo il paziente.

L'evoluzione della responsabilità civile sanitaria negli ultimi 30 anni è stata di fatto caratterizzata da una conflittualità fra cittadino, medici, aziende sanitarie e compagnie di assicurazione, cresciuta in maniera esponenziale per numero di casi e per onerosità dei risarcimenti. Questo ha comportato una serie di notevoli criticità sia alle compagnie di assicurazione, che si sono difese ritirandosi di fatto dal mercato, sia alle strutture sanitarie, che oggi devono farsi carico sempre più dell'onere dei risarcimenti e della gestione delle liti, sia dei medici che si trovano ad affrontare tipi di vertenze, prima fra tutte le richieste di rivalsa nei loro confronti da parte dei datori di lavoro, che solo fino a 10 anni fa erano pressoché sconosciute. Le criticità hanno però raggiunto anche i cittadini che, realmente danneggiati da prestazioni sanitarie incongrue, hanno oggi enormi difficoltà a farsi riconoscere i loro diritti.

Emerge, come sottolineato nella relazione "Prospettive legislative in tema di responsabilità civile sanitaria" affidata al dott. Luigi Mastroberto, Vice Presidente dell'Associazione



Melchiorre Gioa, la necessità di affrontare la situazione con lo strumento legislativo ed il primo tentativo è stata la cosiddetta "legge Balduzzi" del novembre 2012, la quale però ha mostrato fino ad ora una sostanziale incapacità di conseguire i vari scopi che si era prefissa. Solo nell'ultimo anno sono stati depositati altri sei disegni di legge, ciascuno dei quali però ha preso in esame solo alcuni aspetti delle attuali criticità e nessuno di essi sembra ancora sufficiente per una riforma organica dell'intera materia che consenta da un lato ai medici di operare serenamente senza dover ricorrere alla medicina difensiva, dall'altro ai pazienti di ricevere un giusto risarcimento quando sono vittime di fatti realmente ingiusti.

Nel corso dell'evento è apparso evidente come il miglior strumento di difesa del medico rimane sempre la corretta compilazione della documentazione sanitaria, dalla cartella clinica, al certificato medico, al referto del pronto soccorso, che oltre ad una indubbia valenza medico-nosologica ed epidemiologica, ha un importante rilievo giuridico ed amministrativo, come dettagliatamente precisato dalla dott.ssa Loredana Buscemi nella relazione "Un valido

strumento di difesa del medico: la documentazione sanitaria". Si è posta attenzione all'importanza della documentazione sanitaria non come uno strumento per esaltare la medicina difensiva, ma come espressione di competenza professionale. Trattasi di un supporto documentario necessario per garantire l'informazione ed il razionale delle scelte tecniche, la congruità diagnostica e terapeutica; non semplicemente un mezzo di integrazione della memoria del medico, ma uno strumento essenziale nel trattamento assistenziale di cui un qualsiasi professionista della salute si avvale e dal quale non può ragionevolmente prescindere. La carente compilazione della cartella clinica, ad esempio, può portare secondo ormai assodato orientamento della Cassazione, alla presunzione di colpa a carico del medico e non certo a pregiudizio del paziente. Contrariamente a diffusa opinione, secondo la quale meno si scrive e meno ci si compromette, la Corte di Cassazione ha in più occasioni affermato che una imperfetta compilazione di cartella clinica costituisce inadempimento.

L'esperienza statunitense dimostra che i due terzi dei medici accusati di malpractice escono vincenti da processi perché esibiscono alla Corte cartelle cliniche accuratissime, ordinate, dettagliate, ben leggibili, in grado di dimostrare il percorso diagnostico terapeutico posto in essere. Anche la scheda sanitaria del medico di Medicina Generale (MMG) è uno strumento tecnico professionale di fondamentale supporto nello svolgimento dell'attività clinica con notevole rilevanza per quanto attiene agli aspetti di tipo certificativo e documentale.

Da quasi un decennio la gestione del contenzioso per malpractice viene condotta dalle Aziende Sanitarie in sede extragiudiziale mediante l'allestimento di tavoli tecnici multidisciplinari che esaminano i casi di contenzioso sollevati da soggetti che ritengono di aver subito un danno durante le prestazioni sanitarie ottenute nella struttura aziendale. Sono state presentate l'esperienza e dell'Azienda Ospede-

riale Universitaria Careggi di Firenze e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, rispettivamente dai professori Aurelio Bonelli ed Adriano Tagliabracci, nella relazione dal titolo *"La gestione del contenzioso per malpractice in sede extragiudiziale: esperienze a confronto"*. Tale attività, inserita nell'ambito della gestione del rischio clinico, ha il compito di monitorare i sinistri e di valutare la fondatezza delle istanze di risarcimento che vengono mosse.

L'avvocato Erminia Fidanza, del Foro di Fermo, con *"La mediazione e la conciliazione in materia sanitaria"* ha concluso i lavori congressuali, ponendo particolare attenzione all'istituto della mediazione, "attività svolta da un terzo imparziale, e finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia anche con formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa", secondo quanto previsto dalla legge del 9 agosto 2013 n. 98 (D.L. Fare), che ha previsto la mediazione obbligatoria per una ampia gamma di controversie, ivi compresa la responsabilità medica e la responsabilità sanitaria, quest'ultima relativa a controversie aventi ad oggetto il risarcimento del danno derivante da rapporti instaurati tra paziente e la struttura sanitaria.

I presidenti degli Ordini dei Medici e degli Avvocati della Provincia di Ancona, dott. Fulvio Borromei ed Avv.to Giampiero Paoli, hanno animato in veste di discussants il dibattito con attiva partecipazione dei presenti.

Per l'Ordine dei Medici di Ancona le "Giornate Doriche tra Medicina e Diritto" rappresentano un valido strumento per rafforzare una collaborazione interprofessionale al fine di tutelare non solo la categoria, ma soprattutto il rapporto medico-paziente, in un momento di così esasperata conflittualità, con importanti risvolti umani e giudiziari oltre che sanitari, e che spinge sempre di più verso una non proficua medicina difensiva a danno prevalentemente del paziente.

Il DNA fingerprint sulla scena del crimine

di Loredana Buscemi

*Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria, Ospedali Riuniti Ancona
Università Politecnica delle Marche*

Il caso giudiziario di Yara Gambirasio, la tredicenne di Brembate di Sopra (BG), scomparsa ed uccisa nel 2010, il cui cadavere è stato ritrovato tre mesi più tardi, il 26 febbraio 2011, e l'arresto del suo presunto assassino nel giugno 2014, ha portato nuovamente alla ribalta l'analisi del DNA.

Il bombardamento mediatico, tuttavia, che accompagna i tristi e purtroppo ormai frequenti casi di cronaca, ha magnificato oltre misura le indagini di genetica forense, diffondendo l'idea, acritica, che oggi le difficoltà delle indagini della magistratura, specie nei casi di omicidio, possano essere agevolmente e definitivamente superate mediante l'analisi del DNA, un po' come avviene nelle fictions televisive. La complessa realtà dell'analisi DNA nelle tracce, invece, è ben diversa dal pericoloso trionfalismo dei media.

Per tale motivo è opportuno fare il punto sulle potenzialità della genetica forense e sui limiti delle preziose tecniche analitiche per la lotta contro il crimine.

L'attività del genetista forense inizia con il sopralluogo sulla scena ove è stato commesso un crimine; tale fase, svolta di concerto con le forze di polizia, è volta a garantire l'accurata repertazione di tutte le tracce biologiche presenti. Ogni reperto individuato va etichettato e fotografato prima del prelievo. Non esiste in Italia regolamentazione dell'attività di sopralluogo; ci si basa sull'esperienza degli operatori. Ogni operatore deve essere dotato di un adeguato abbigliamento, rappresentato in sintesi da tute sterili, calzari, mascherine e cuffie protettive e guanti monouso. Eseguire un esame della scena del crimine con superficialità ed imperizia potrebbe portare al mancato reperimento di tracce biologiche, oppure com-



promettere lo scenario o causare la contaminazione di reperti biologici. Nel processo relativo all'omicidio di Meredith Kercher, la studentessa trovata morta nella propria abitazione di Perugia, molto si è discusso circa le modalità del sopralluogo condotte dalle Forze dell'Ordine, sostenendo la difesa che uno stesso paio di guanti è stato usato per prelevare reperti diversi, quindi ad alto rischio di contaminazione biologica, e che il reperto in cui era stato trovato il DNA di Raffaele Sollecito, il famoso gangetto del reggigeno, era stato rinvenuto nel pavimento non nell'immediatezza dei fatti, ma più di 40 giorni dopo, ad alto rischio di contaminazione ambientale.

I reperti vengono poi inviati al laboratorio, dove si procederà a ***catalogazione*** ed ***idonea conservazione***, in relazione alla tipologia del campione prelevato, garantendo una ***catena di custodia***, e successivamente si procederà all'analisi, secondo metodi convalidati in laboratorio.

Il primo screening nella ricerca di tracce biologiche viene eseguito con uno strumento denominato **"Crimescope"**, dotato di lampada ad emissione di luce nel range dell'ultravioletto e del visibile, in grado di evidenziare impronte digitali e palmari, orme, liquidi biologici, formazioni pilifere e fibre e persino tracce di sostanze stupefacenti.

Per la rilevazione di aloni di tracce ematiche latenti su superfici lavate viene utilizzato il **Test del Luminol** che si effettua vaporizzando, su tessuti o altre superfici porose sospettate di aver riportato tracce ematiche, una soluzione contenente il reagente denominato Luminol che, in presenza di carbonato di sodio, reagisce con il gruppo "eme" dell'emoglobina presente nel sangue emettendo energia sotto forma di luminescenza bianco-blu osservabile al buio. La forma e la disposizione delle tracce ematiche individuate risultano fondamentali anche per ricostruire la dinamica del delitto.

Vi sono poi dei test che consentono, una volta identificata una traccia biologica, di stabilirne la natura, vale a dire se trattasi di sangue, saliva, sperma (**diagnosi generica**) e se tale materiale appartenga a specie umana (**diagnosi di specie**).

L'identificazione individuale, infine, è possibile mediante l'**esame del DNA** ed è l'indagine attraverso la quale le tracce rinvenute sulla scena del delitto vengono attribuite ad un determinato soggetto. È richiesta frequentemente nei casi di omicidio, violenza sessuale, furti e rapine o quando vengono sollevati addebiti di responsabilità professionale da errata diagnosi anatomo-patologica, anche per scambio di preparato istologico. Tale materiale è il più spesso rappresentato da tracce di sangue, capelli caduti o strappati, saliva da filtri di sigarette o da altri supporti- tazze, bicchieri, cucchiai, passamonagna, francobolli, carta da lettere-, sperma, tamponi vaginali, tamponi rettali, ossa da resti scheletrici, ad esempio nei casi di disastri di massa. Tutti i reperti biologici che contengono cellule possono essere sottoposti ad esame del DNA. Le sofisticate moderne tecniche analitiche consentono oggi di ottenere un profilo di DNA da piccole quantità di cellule nucleate.

Il DNA è contenuto nel nucleo di ciascuna cellula; tutte le cellule somatiche contengono 22 paia di cromosomi autosomici ed una coppia di cromosomi sessuali, XX nelle femmine, XY nel maschio. Vi è un altro tipo di DNA, definito DNA mitocondriale, rappresentato da un cromosoma circolare contenuto all'interno dei mitocondri, trasmesso secondo la linea materna.

Ogni individuo presenta nel proprio DNA uno specifico codice che definisce la sua impronta genetica.

Nel 1985 il biochimico inglese Jeffreys ha proposto l'impiego di parti del DNA per le indagini forensi, i cosiddetti DNA fingerprints: ha scoperto che alcune regioni del DNA contengono sequenze altamente ripetute e che queste non si ripetono allo stesso modo per ogni individuo, ma che il numero di tali ripetizioni varia, se si considerano individui diversi. Quindi, sviluppando una tecnica in grado di evidenziare la differenza di queste ripetizioni, egli è riuscito a creare il primo test che consentiva l'attribuzione di un profilo genetico specifico ad un individuo. Le tappe evolutive della tecnica di analisi del DNA si sono realizzate nel volgere di pochi anni e oggi, dopo circa 30 anni, i marcatori utilizzati a fini forensi si chiamano STRs (short tandem repeats).

Tali marcatori altamente polimorfici, non forniscono informazioni genetiche relative alle salute di un individuo, non costituendo minaccia per la tutela della privacy dell'individuo.

Le scienze forensi hanno tratto grandi benefici dallo sviluppo della **tecnica della reazione a catena della polimerasi** (PCR), geniale invenzione di Kary Mullis, che ha rivoluzionato la biologia molecolare e che gli ha valso nel





1993 il premio Nobel. Si tratta di un metodo di elevata sensibilità, che si avvale della amplificazione di parti del DNA e che è in grado di produrre milioni di copie di DNA in poche ore, in modo che la piccola quantità rinvenuta in sede di sopralluogo aumenti in misura esponenziale e consenta così tutte le indagini necessarie. La tecnica PCR presenta tuttavia dei limiti quando la quantità di DNA di partenza è molto bassa, pari a poche centinaia di picogrammi di DNA, equivalente a poche decine di cellule, o quando si tratta di DNA degradato o di DNA frutto della commistione di materiale biologico proveniente da più di un individuo, la cosiddetta traccia mista. La lettura del DNA che ne deriva, infatti, deve essere utilizzata con prudenza perché potrebbe portare a false attribuzioni o false esclusioni. I risultati devono sempre rispecchiare una attendibilità scientifica e per tale motivo esistono le Raccomandazioni della Società Internazionale di Genetica Forense.

A volte il genetista forense deve con onestà professionale dichiarare che il risultato ottenuto dall'analisi di un determinato reperto non è scientificamente attendibile.

Una volta analizzato il DNA ottenuti da materiali biologici raccolti sulla scena del crimine, quest'ultimo verrà confrontato con il DNA del sospettato e della vittima.

Il confronto può dar origine a: compatibilità genetica, **match**, cioè il campione in esame e quello di riferimento hanno lo stesso genotipo; incompatibilità genetica, in cui i campioni a confronto hanno genotipi diversi; inconclu-

denza, in quanto non esistono sufficienti informazioni per trarre delle conclusioni.

Nel caso di match bisogna considerare se esiste anche la possibilità, seppur remota, che il DNA del campione analizzato appartenga ad un'altra persona, diversa da quella con cui si vuol comparare, e di cui, per pura coincidenza, ha lo stesso profilo. Si utilizzano a tal fine dei modelli matematici e statistici; occorre valutare la diffusione del profilo genetico in esame all'interno della popolazione. La probabilità che un altro individuo non imparentato con il sospettato, preso a caso nella popolazione, abbia lo stesso genotipo è chiamata random match probability (RMP) e può essere determinata dalla frequenza di quel particolare genotipo nella popolazione. Per quanto attiene il potere di identificazione dei microsatelliti attualmente utilizzati in ambito forense, i valori di probabilità di identità, cioè la probabilità che due individui presi a caso nella popolazione possano avere identico genotipo, è stata valutata nell'ordine di grandezza di 10^{-27} .

Vi sono microsatelliti localizzati sul cromosoma Y, che non sono sottoposti al meccanismo di ricombinazione genetica ed hanno un'eredità esclusivamente paterna, vale a dire si trasmette da padre in figlio. La capacità di individuare in modo specifico il DNA maschile rende la regione polimorfica del cromosoma Y un inestimabile aggiunta al pannello standard di loci autosomiali utilizzati in genetica forense; basti pensare che il 98% dei crimini violenti vengono commessi da uomini. La tipizzazione degli aplotipi del cromosoma Y è particolarmente importante per l'analisi delle tracce miste, in particolare nei casi di violenza sessuale, dove elevate quantità di DNA femminile possono mascherare il DNA del colpevole, che può essere individuato mediante lo studio mirato dei polimorfismi del cromosoma Y.

Una applicazione relativamente recente degli STRs del cromosoma Y, che passerà alla storia, è quella relativa alla identificazione di Saddam Hussein dopo un blitz nel dicembre 2003 delle forze USA a Tikrit, città natale del rais. Considerato il numero di sosia conosciu-

to e di cui in passato si era servito, si imponeva per una corretta identificazione l'esame del DNA, avvenuto con il confronto del DNA che era stato estratto da due figli di Saddam, uccisi nel giugno 2003. L'esame del DNA ha confermato che l'uomo arrestato era Saddam Hussein.

Passando, invece, al caso della piccola Yara, nei suoi leggings furono trovate tracce di materiale biologico, di appartenenza maschile, che sono state la base della lunga e complessa indagine genetica che ha portato all'arresto del suo presunto assassino. Un'analisi del DNA a tappeto di tutta la popolazione, rivolta principalmente alla palestra dove si stava recando la sera della scomparsa, alla zona dove è stato trovato il cadavere, quale la discoteca di Chignolo d'Isola, al cantiere di Mapello, ha permesso di isolare un DNA appartenente ad un soggetto di sesso maschile il cui DNA era compatibile, secondo la linea paterna, con il DNA rinvenuto negli indumenti di Yara; da questo si è risaliti a tre fratelli, con il DNA maschile coincidente con il DNA di riferimento, ma con diverso DNA autosomico. Il DNA del genitore paterno, deceduto, è stato isolato dal bollo della patente e poi confermato mediante esumazione della salma. Si arrivava così alla conclusione che il soggetto che aveva lasciato tracce biologiche nell'indumento di Yara condivideva la linea paterna con il soggetto esumato e, secondo analisi biostatistica, non poteva che essere un figlio naturale illegittimo di quest'ultimo. E' stata successivamente, me-



dante indagini investigative classiche, individuata la madre, confermata anche mediante l'analisi del DNA mitocondriale trasmesso mediante linea materna. E' stato così possibile risalire al loro figlio, che è al momento il presunto assassino.

I marcatori del DNA sono utilizzati in ambito forense per indagini di paternità, anche complesse; di recente, vista la nuova ondata di flussi migratori, vengono impiegati anche nelle analisi di maternità e negli accertamenti volti a consentire il ricongiungimento familiare.



Il governo clinico nella integrazione Ospedale-Territorio

di Bice Previtera

Dirigente medico - Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, Area Vasta 2 di Ancona
biceprevitera@gmail.com - www.biceprevitera.com

Attuare il governo clinico rappresenta la possibilità, per le Aziende sanitarie, di stimolare e implementare fenomeni di appropriatezza clinica. Attraverso un processo di coinvolgimento, formazione e aggiornamento del personale, indispensabile in un programma di *clinical governance*, si potrà infatti indirizzare l'attività dei professionisti verso azioni di provata efficacia e verso comportamenti omogenei, senza che questo si traduca in una compressione dell'autonomia professionale, verso un sistematico sostegno della cultura della qualità, adottando incentivi che premiano il conseguimento degli obiettivi fissati (Gentili e Previtera, 2013).

Il governo clinico deve prevedere:

1. la condivisione multidisciplinare: il risultato in termini di salute degli interventi e dei servizi sanitari è dato in larga misura non tanto dall'abilità e dalla capacità tecnica dei singoli operatori, ma piuttosto dall'attività integrata delle varie figure professionali; per conseguire i traguardi desiderati, infatti, occorre che le capacità tecnico-cliniche dei professionisti della salute siano adeguatamente supportate da un ambiente organizzativo e amministrativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi;
2. la responsabilizzazione: porsi l'obiettivo di una buona qualità dell'assistenza nei confronti del sistema entro il quale si opera (il SSN) non come generico compito professionale del singolo operatore, ma come impegno delle associazioni nel loro insieme, attraverso la scelta responsabile di promuovere forme di monitoraggio e controllo delle proprie prestazioni secondo principi di

valutazione condivisi, è il punto di partenza per il mantenimento e il perseguimento di una buona qualità dell'assistenza;

3. la partecipazione: un processo di condivisione e partecipazione attiva della persona malata all'attività dei servizi corrisponde non solo a un generico diritto del paziente, ma soprattutto a una delle condizioni necessarie per il raggiungimento dello scopo clinico prefisso; partecipazione delle persone significa miglioramento della comunicazione con il pubblico e della sua informazione, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto possa ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi; significa anche migliore comunicazione con il paziente per una maggiore collaborazione con gli operatori, affinché si adottino comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento dei desiderati obiettivi clinici; significa, infine, mettere il paziente in grado di operare delle scelte, laddove varie opzioni diagnostico-terapeutiche siano possibili e il problema sia trovare quella più adatta alle esigenze cliniche e alle preferenze del singolo (Gentili e Previtera, 2013).

Un distretto può definirsi ricco di contenuti e autodefinirsi forte nel momento in cui sviluppa un'alleanza piena con i MMG e si fa carico di progetti sperimentali qualitativi. L'evidenza empirica dimostra però che gli stessi interlocutori dei MMG sono molteplici e spesso con messaggi non perfettamente allineati. L'integrazione con il mondo ospedaliero (soprattutto se si fa riferimento alle strutture esterne all'azienda sanitaria, come il privato accreditato o le aziende ospedaliere) può avvenire se la

direzione aziendale supporta il processo, vi investe (anche in termini di incentivazione) e si fa carico delle complessità che emergeranno con l'avvio delle sperimentazioni (si pensi ad esempio alla dimissione protetta del paziente post-ictale) (Gentili e Previtera, 2013; Previtera, 2013b).

Le linee di indirizzo per una reale integrazione Ospedale-Territorio appaiono allora le seguenti:

1. condividere all'interno della medicina generale, grazie a forme associative evolute e ricche di contenuti assistenziali, i criteri che poi possano essere portati al tavolo della discussione con gli specialisti territoriali e ospedalieri;
2. richiedere una crescita manageriale e di responsabilità complessive (anche in termini di investimenti e incentivazioni) ai dirigenti aziendali;
3. sviluppare un senso di co-governo da parte di tutti i medici del Territorio e delle altre figure non mediche del distretto, cioè una maggiore predisposizione verso logiche quali la presa in carico, il governo clinico e il governo della domanda che, se da un lato comporteranno la revisione del modo tradizionale di erogazione delle cure primarie, dall'altro porterà i MMG verso una nuova centralità del sistema e una ancora maggiore qualità del servizio offerto ai propri assistiti.

Il processo di integrazione Ospedale-Territorio è quindi interesse di tutti: a) dei MMG, che in tal modo possono ribadire la necessità e l'efficacia di un ruolo di gestione complessiva dei pazienti; b) dell'Ospedale, che può in questa maniera e affermarsi come luogo elettivo ed esclusivo delle attività specialistiche di II o III livello assistenziale; c) del distretto, infine, che potrebbe scoprire un ruolo di centralità gestionale e fungere da volano per la promozione di momenti di integrazione. Ovviamente il processo può trovare delle convergenze ancora superiori nel momento in cui le stesse direzioni aziendali rendessero esplicita una strategia coerente e traducessero questi indirizzi in

azioni concrete, come la creazione di gruppi di lavoro in cui medici attivi sul Territorio e medici ospedalieri e universitari si confrontino e stabiliscano regole comuni e condivise, attraverso le quali gestire tutte le criticità generate dal passaggio del paziente dall'assistenza socio-sanitaria territoriale a quella ospedaliera e viceversa (Gentili e Previtera, 2013; Previtera, 2013b).

Le diverse esperienze di sperimentazione di reale e riuscita integrazione fra Ospedale e Territorio dimostrano che tale integrazione non è solo possibile, ma spesso efficace, specie se affiancata dall'individuazione delle attuali condizioni e criticità attraverso una esemplificazione dei problemi ricorrenti di relazione tra i diversi nodi della rete. Ciò consente davvero di immaginare una nuova realtà organizzativa delle varie anime del "pianeta sanità", non più separate e indipendenti, bensì omogenee e fra loro complementari. Emerge su tutto il concetto di rete, della *clinical governance*, di programmi, protocolli e percorsi assistenziali integrati, come risposta all'interrogativo su come possiamo restare efficienti ed efficaci con minori finanziamenti, secondo il principio per cui investire proprio sulla salute come risorsa, lavorando e soprattutto pensando in ottica di rete, crea valore. La visione e l'approccio globale rappresentano il *fil rouge* del ragionamento e consentono di vedere le strutture sanitarie inserite all'interno di un sistema che permette l'integrazione fra i diversi ambiti. Questo significa affrontare un processo di definizione degli *standard* di contenuto e tecnologici per diminuire la frammentazione e aumentare l'interconnessione e la consistenza della "rete della conoscenza" tra diversi sistemi e sottosistemi ospedalieri e territoriali (Ricciardi W., 2013).

La cooperazione implica un coordinamento finalizzato a definire regole che consentono ai diversi attori di interoperare e correlarsi correttamente in modo semplice ed efficiente. La strategia del cambiamento (*change management*) deve essere sviluppata parallelamente e con grande sinergia rispetto alle attività connesse alla crescita organizzativa e alla realiz-

zazione tecnologica. Gli obiettivi specifici delle azioni del cambiamento devono mirare a rendere quanto più efficace possibile l'introduzione della soluzione tecnologica nei diversi contesti di riferimento, facilitando e supportando le evoluzioni organizzative e operative. L'unica conclusione possibile, quindi, è puntare sull'innovazione e affrontare i punti critici come opportunità (Ricciardi W., 2013).

L'investimento sul Territorio, alla luce delle evidenze mostrate, si rivela positivo per il sistema, poiché contribuisce a una riduzione dei costi complessivi e delle inapproprietezze. Non può tuttavia essere dettato da motivi ideologici o rivolgersi in maniera indistinta a tutti gli ambiti assistenziali nell'ottica di un generico loro potenziamento, se manca una prospettiva strategica. È infatti indispensabile agire secondo un disegno strategico generale di riprogettazione: riclassificazione delle strutture, riorganizzazione dei servizi, razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni e riqualificazione del personale, seguendo la logica di semplificazione (ma al contempo di arricchimento) degli assetti relazionali.

Si richiede quindi l'adozione dei provvedimenti necessari a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero, verso una forma di assistenza sempre più in regime ambulatoriale o domiciliare e gestita in modo integrato multiprofessionale e multidisciplinare, fino a raggiungere il traguardo della "transdisciplinarietà", nell'ottica della "conversazione costruttiva". L'idea è che la discussione in sé e gli argomenti messi in evidenza contribuiscano a rifoggiare le preferenze e che, dopo una discussione siffatta, sia possibile ottenere una cooperazione che includa la maggioranza ampia. Solo così si può parlare di democrazia (Previtera, 2013a e b).

BIBLIOGRAFIA

- Comodo N. e Maciocco G.: *Le cure intermedie. Le basi concettuali. Un tentativo di definizione*. Iniziative sanitarie, 13-8, Roma, 2003.
- Gentili G.: *Intervento al Convegno nazionale Integrare la rete dei servizi territoriali – Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia*, organizzato da CARD, CeRGAS Bocconi e Boeringer-Ingelheim, Roma, Auditorium del Ministero della Salute, 11 novembre 2010.
- Intermediate care in Brent. *Report of the scrutiny task group*, January 2005.
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml#LTC>.
- Gentili G. e Previtera B.: *Il distretto verso una sempre maggiore integrazione fra Ospedale e Territorio*.
- In: *Linee guida per una nuova "governance" del sistema sanitario*. A cura di Gianfranco Carnevali e Pietro Manzi, Aracne editrice, 2013.
- Longo F.: *Intervento al Convegno nazionale Integrare la rete dei servizi territoriali – Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia*, organizzato da CARD, CeRGAS Bocconi e Boeringer-Ingelheim, Roma, Auditorium del Ministero della Salute, 11 novembre 2010.
- Maciocco G.: *Le cure intermedie. La sostanza oltre il lessico*. Considerazioni a margine del II Congresso nazionale CARD "Il Distretto e le cure intermedie", Riccione, 16-18.10.2003. Quaderni CARD 2, 2003.
- Previtera B.: *Salute: European vision and local action*. Aracne Editrice, 2013a.
- Previtera B.: *L'integrazione Ospedale-Territorio nel sistema sanitario nazionale. Dalla Legge n. 833 del 1978 a oggi*. Armando Curcio Editore, 2013b.
- Ricciardi W.: *Prefazione*. In: Previtera B.: *L'integrazione Ospedale-Territorio nel sistema sanitario nazionale. Dalla Legge n. 833 del 1978 a oggi*. Armando Curcio Editore, 2013.

1 - Alla Conferenza di Madrid del 2003 sulle politiche per la salute e i valori, Ilona Kickbusch usò il termine "conversazione costruttiva". Successivamente, nel corso dei workshop facilitatori in Galles, Ungheria, Spagna e Scozia, incentrati sull'applicazione pratica della Cornice di Madrid, la "conversazione costruttiva" divenne il mantra per il modo in cui si discute di salute e valori (Marinker, 2006).

Ulteriori Ricerche e Applicazioni nel Campo dell'Ozono Terapia: Molto più di una "Ipotesi Terapeutica Non Convenzionale"

di **Lamberto Re**

Medico Chirurgo, Farmacologo Clinico e Tossicologo, Esperto Internazionale di Ozono Terapia

E-mail: lambertore@lambertore.com

Alla luce del crescente interesse, non solo mediatico, intorno all'ozono terapia mi è stato chiesto di aggiornare, sia dal punto di vista scientifico che clinico, le più recenti applicazioni nel campo della medicina umana.

Nei numerosi convegni in cui sono chiamato a partecipare come **"lecturer"**, mi capita spesso di osservare come molti medici e operatori sanitari siano sempre più attratti ascoltando le più recenti acquisizioni nel campo dell'Ozono Terapia. Ciò testimonia come i tempi siano ormai maturi per il più ampio riconoscimento di tale tecnica terapeutica, come peraltro è già avvenuto recentemente negli Emirati Arabi dove, a seguito di un convegno organizzato nell'Aprile di quest'anno ad Abu Dhabi, le autorità dell'HAAD (**Health Authority Abu Dhabi**) hanno inserito ufficialmente la specializzazione di **"GP Ozone Therapist"** nei Data Base delle terapie non convenzionali o alternative regolamentate.

E' giunto anche il tempo che sia l'opinione pubblica che gli operatori sanitari allarghino i loro orizzonti considerando l'ozono terapia non solo una risorsa da dedicare alla risoluzione del **"mal di schiena"** o dell'**"ernia discale"**, bensì come un trattamento sistemico utile in numerose condizioni patologiche o semplicemente come risorsa terapeutica profilattica in grado di prevenire i danni dell'invecchiamento e migliorare numerose funzioni del nostro organismo.

Prima di entrare nel merito delle ultime scoperte scientifiche, mi sia consentito di introdurre una nuova terminologia farmacologica

riguardo il meccanismo d'azione alla base del trattamento con ozono, che non può essere considerato secondo gli schemi classici della farmacologia attualmente divulgato nelle facoltà di medicina, non essendo una semplice interazione tra molecola (**Farmaco**) e recettore (**Proteina Cellulare**), bensì come **"Stress Ormetico"**.

Come è noto, l'ozono è una molecola dalle proprietà ossidanti e quindi in grado di promuovere nella cellula e nell'organismo in toto un potente stimolo ossidativo. La nostra convinzione scientifica che una molecola come l'ozono, vale a dire un forte ossidante, potesse indurre benefici in molte patologie se utilizzato a basse dosi sembra ora essere supportata anche ai più alti livelli scientifici. Infatti, in un recente lavoro il premio Nobel Dott. James D. Watson ha proposto una visione non convenzionale sullo stress ossidativo e il diabete. La visione convenzionale è che lo stress ossidativo provoca resistenza all'insulina. Nel marzo di quest'anno, il Dr. James Watson, che ha scoperto la struttura a doppia elica del DNA, ha proposto una visione non convenzionale sulla causa del diabete [**The Lancet, Volume 383, Issue 9919, Pages 841-843, 1 marzo 2014**]. **"La causa fondamentale, secondo me, è una mancanza di ossidanti biologici, non un eccesso"** dice lo scienziato. **"L'esercizio fisico induce l'organismo a produrre grandi quantità di ossidanti - molecole chiamate specie reattive dell'ossigeno, o ROS"**, continua il Dott. Watson, ciò che rende l'esercizio fisico fondamentale per il nostro benessere. Questa

Pathway	TF	Sensor	Major transducers
Oxidative stress	Nrf2	Keap1	MAPK, ERK, p38, PKC
Heat shock response	HSF-1	Hsp90	CaMK2, CK2
DNA damage	p53	MDM2	ATM, JNK, Chk1, Chk2
Hypoxia	HIF-1	VHL	p38, PI3K
ER stress	XBP-1, ATF6, ATF4	BiP	IRE1 α , S2P
Metal stress	MTF-1	None	PKC, CKII, TKs
Inflammation	NF- κ B	I κ B	IKK
Osmotic stress	NFAT5	None	p38, ATM, PKA

ipotesi deve certamente essere testata in quanto la malattia potrebbe essere la causa di uno sbilanciamento tra stress ossidativo o carenza ossidativa (come nell'ipossia) che potrebbero condurre alla resistenza all'insulina o ad altre malattie. L'idea che al pari di un breve esercizio, gli effetti condizionanti indotti da piccole dosi di ozono possano essere utili in molte funzioni biologiche è affascinante e crediamo che debbano essere moltiplicati gli sforzi per definire questi meccanismi a livello clinico con modelli credibili dal punto di vista scientifico.

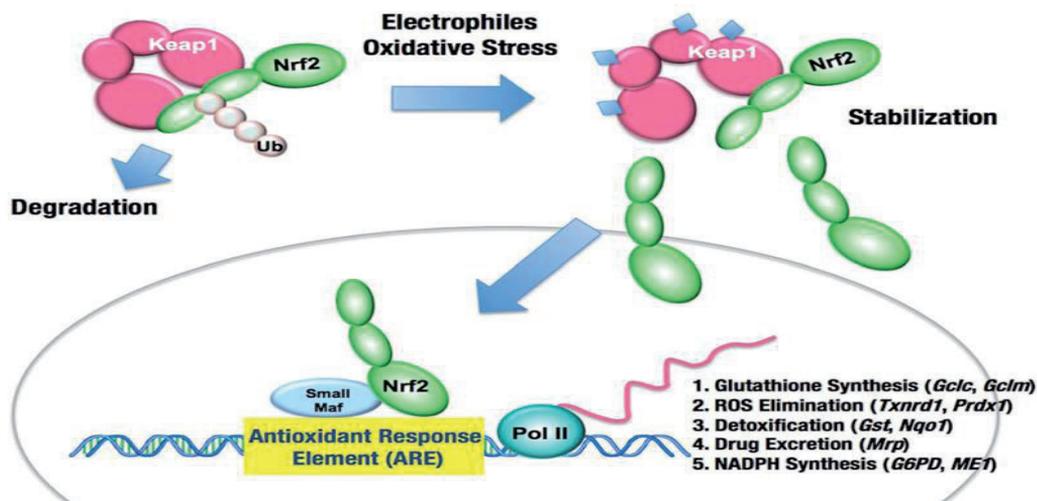
Al pari di altri Xenobiotici, cioè di agenti estranei al metabolismo dell'organismo (dal Greco *Xenos=Straniero* e *Bios=Vita*), quali il calore, i traumi meccanici, le radiazioni ionizzanti o gli stessi alimenti di cui ci nutriamo quotidianamente, anche l'ozono è in grado di influenzare le funzioni cellulari più complesse che, a loro volta, mettono in moto dei meccanismi di protezione che le difendono dal danno specifico indotto dai medesimi agenti. Il termine *Xenobiotico* è stato introdotto solo recentemente (*Mason HS, North JC, Vanneste M. Fed Proc. 1965 Sep-Oct; 24(5): 1172-1180*) e scarsi sono ancora i dettagli scientifici a supporto dei meccanismi coinvolti. Come è ovvio, ciò si riflette negativamente anche nei riguardi dell'ozono terapia e rende comprensibile, ma non ragionevole, la mancanza di attenzione delle autorità sanitarie preposte al controllo della salute umana.

Quindi gli studi ad oggi sono per lo più indirizzati alla caratterizzazione della **Modalità di Azione della Risposta allo Stress (MOA)** intesa come la definizione delle singole vie metaboliche attivate a livello cellulare dai vari Xe-

nobiotici. L'Ozono, come gli altri agenti di questa categoria e diversamente dai comuni farmaci che agiscono con un meccanismo recettoriale specifico, innesca una serie di processi metabolici intracellulari e una miriade di fenomeni ancora di difficile interpretazione, tendenti a proteggere la cellula dal danno subito.

Quando questo danno è sottoliminale, come si verifica nel caso dell'ozono terapia o di altri stress condizionanti a basse dosi, i meccanismi di difesa della cellula vengono allarmati e potenziati in modo da migliorarne funzionalità, spiegando almeno in parte le sorprendenti azioni terapeutiche di questo gas. Un recente lavoro pubblicato sulla prestigiosa *Toxicological Sciences* (*Steven O. Simmons, Chun-Yang Fan, and Ram Ramabhadran, TOXICOLOGICAL SCIENCES 111(2), 202-225 (2009)*) ha compiutamente illustrato il meccanismo biochimico con i relativi mediatori intracellulari (*Trasduttori Maggiori, Sensori e Fattori di Trasferimento*), dove per ogni singolo tipo di xenobiotico è possibile monitorarne le vie metaboliche intracellulari (Fig. 1). Non c'è dubbio che tale complessità rende anche conto della difficoltà nel disegnare saggi clinici che dimostrino definitivamente il potere terapeutico di tali agenti a differenza del farmaco che, grazie alla sua interazione diretta con un recettore e conseguente funzione biologica attivata, è facilmente misurabile e statisticamente standardizzabile. In breve, lo stimolo di Stress Ossidativo, nel caso dell'ozono, è in grado di attivare la proteina Nrf2 (*Pecorelli et al, TAAP 2013; Re et al, in pubblicazione, 2014*) che, trasferendosi nel nucleo, avvia la produzione da parte di Geni Target di proteine che favoriscono le funzioni della cellula (Fig. 2) potenziandone le difese e ottimizzando la funzione specifica sottesa.

Si comprende come si possano ottenere al contempo effetti positivi a livello estetico se la cellula condizionata è parte del tessuto cutaneo o antiinfiammatori e antidolorifici se la



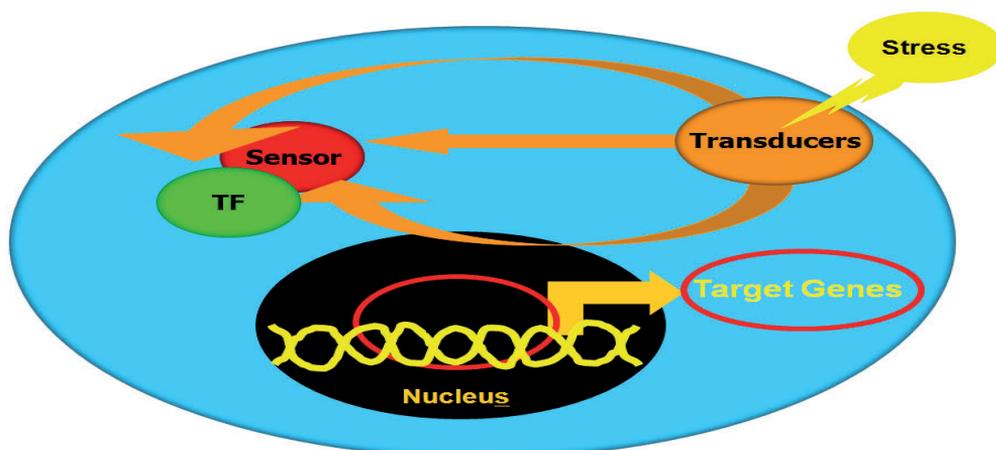
cellula trattata rientra nel contesto neuromuscolare (Fig. 3).

Purtroppo ad oggi le numerose società di ozono terapia, in Italia e nel mondo, non sono riuscite ad imporsi con il giusto peso scientifico, nonostante l'ozono terapia sia da diversi anni diffusa in tutti i continenti e somministrata a milioni di pazienti, praticamente senza o con scarsissimi effetti collaterali, per lo più di origine strumentale o iatrogena. La mancanza di corsi universitari ad hoc e di regole precise a livello governativo, rendono il settore ancora instabile.

Questo è uno dei motivi che ha spinto alcuni esperti nel settore dell'Human Enhancement, branca dedicata al miglioramento del benessere sia fisico che psichico delle popolazioni

sempre più longeve, a fondare una società medica *no profit* per la "ricerca scientifica, l'analisi bioetica e la divulgazione della medicina potenziativa" con lo scopo anche di allargare le conoscenze nel campo delle terapie integrate e naturali atte alla prevenzione e al controllo della salute dell'uomo.

La società, denominata *PotenziAttiva*, curerà inoltre le relazioni tra le varie società o individui attivi nel campo delle terapie complementari, nella scienza dell'alimentazione, nello studio di adeguati stili di vita e nelle tecniche di prevenzione di malattie rare e dell'invecchiamento. Sarà presto disponibile un sito WEB con un'area riservata ai soci ed una di dominio pubblico.



Progetto "Ossi Duri... si Diventa"

Documento di sintesi

PREMESSA

L'osteoporosi è una malattia ad altissimo impatto umano e sociale che interessa particolarmente la fascia di età che va dai 59 ai 79 anni. È una patologia altamente invalidante che sfocia spesso nella non-autosufficienza con costi umani ed economici molto pesanti: i dati dicono che la frattura in una persona ancora attiva costa alla collettività circa 40.000 euro e che la spesa per una protesi d'anca si aggira sui 10.000 euro. Le donne sono le più colpite rispetto al totale della popolazione e l'80% di esse sono pensionate, con un alto disagio sociale.

Poiché le Marche sono una delle regioni più longeve d'Italia è necessario porsi il problema della qualità della vita e prevenire ogni causa di non autosufficienza.

Perciò su tutto il territorio regionale sono state raccolte 5000 firme, consegnate all'assessore alla salute Almerino Mezzolani, per realizzare un provvedimento ad hoc sulla prevenzione dell'osteoporosi e dell'osteopenia. L'assessore Mezzolani ha istituito un tavolo tecnico (allegato 1) da rivedere alla luce di qualche pensionamento, con i professionisti del settore, per mettere a punto un monitoraggio che rilevi l'incidenza di questa patologia sul territorio regionale, affinché si possano mettere in campo interventi di prevenzione e cura appropriati e sostenuti da adeguati finanziamenti.

AZIONI DA REALIZZARE

Il tavolo tecnico ha prodotto un documento di programmazione triennale da formalizzare successivamente con una DGR.

Di seguito vengono elencate sinteticamente le varie tipologie di azioni:

1) migliorare l'informazione e l'aggiornamento sul tema della osteoporosi degli operatori del SSR/MMG, al fine di ottenere migliore appropriatezza nelle fasi di prevenzione, diagnosi e cura;

- 2) migliorare l'informazione/formazione delle categorie a rischio e dei care-giver rispetto alla prevenzione delle fratture di femore identificate come il danno più invalidante causato dall'osteoporosi;
- 3) effettuare la profilassi dell'osteoporosi attraverso la somministrazione della vitamina D, tecnica già riconosciuta come EBP;
- 4) strutturare un sistema di monitoraggio epidemiologico attraverso l'analisi delle SDO regionali per valutare la prevalenza dei ricoveri da frattura di femore.

COMPONENTI GRUPPO TECNICO REGIONALE (allegato 1)

Elisa Ambrogiani - Dip. Prevenzione Epidemiologia - ASUR A.V. 2 Ancona

Marinella Baroni - Fisiatria - ASUR A.V. 2 Jesi

Marco Boscaro - Clinica Endocrinologica Università Politecnica - Ancona

Umberto Di Castri - Ortopedia ASUR AV 4 Fermo

Gilberta Giacchetti - Clinica Endocrinologica Ospedali Riuniti - Ancona

Alessandra Mazzarini - MMG Ancona

Sabina Paci - Distretto epidemiologia ASUR A.V. 2 Jesi

Pietro Scendonì - Fisiatria - INRCA Fermo

Mario Sfrappini - Geriatria ASUR A.V. 5 San Benedetto del Tronto

Ferdinando Silveri - Cl. Reumatologica A.V. 2 Jesi

Giuliano Tagliavento - ARS Marche

Domenico Venarucci - Fisiatria INRCA Ancona

TEMPI DI REALIZZAZIONE PREVISTI

Entro DICEMBRE 2013:

- realizzazione di quattro iniziative di sensibilizzazione nelle città di Pesaro, Ancona, Macerata ed Ascoli Piceno rivolte alla popolazione target (in allegato la locandina con le date e i luoghi degli incontri).

Entro GIUGNO 2014:

- Revisione del gruppo tecnico regionale con coinvolgimento di tutte le Az. del SSR e sua formalizzazione per il nuovo PRP.
- Completamento delle prime attività di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla

popolazione target.

- Progettazione eventi formativi e attività informative per il personale sanitario.

Entro GIUGNO 2015:

- Conclusione programma informativo/formativo per il personale sanitario.
- Progettazione di prima sperimentazione della somministrazione di vitamina D ad un campione di popolazione > 65 aa

Entro DICEMBRE 2015:

- Realizzazione prima sperimentazione della somministrazione di vitamina D ad un campione di popolazione > 65 aa



Su iniziativa del dr. Tucci, consigliere e membro della commissione odontoiatrica, nonché presidente incoming del Rotary Club Ancona-Conero, nel luglio scorso sono state regalate ai pediatri di libera scelta della città di Ancona copie di un CD realizzato dal Distretto Rotary 2080, governatore Daniela Tranquilli, sulle manovre disostruttive delle vie aeree del bambino e del lattante, presso la nostra sede. E' intervenuto il presidente del Rotary Club Ancona-Conero, dr. Alberto Recchioni che ha illustrato ai presenti le finalità della iniziativa. Sarà nostra premura diffondere i contenuti del CD che possono essere di estrema utilità non solo per i pediatri ma per tutti gli operatori del settore.

medici & medici



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