

# Editoriali dei presidenti



## Perché abbiamo partecipato numerosi

La situazione economica che il nostro paese sta vivendo è difficile, le attese dei giovani non vedono futuro, la riforma delle pensioni è dura, i tagli alla sanità, rischiano di far perdere in equità e universalismo la nostra sanità pubblica, formidabile strumento di coesione sociale, riducendo le garanzie del diritto alla tutela della salute sancite dall'art. 32 della Costituzione. La nostra spesa, sia pubblica che globale per la sanità, rapportata al PIL e in assoluto pro/capite è tra le più basse dell'EU 15, quella privata è tra le più alte, stimata vicino ai 40 miliardi di Euro/anno. I 235.000 medici del SSN subiscono il blocco dei contratti, delle convenzioni, delle retribuzioni, e delle dinamiche di sviluppo della carriera. Si limita il turn-over, aumenta la precarizzazione. La riduzione dei posti letto per acuti va avanti in assenza di una riforma organica delle cure primarie. La domanda sanitaria quali-quantitativa è in crescita, le risorse decrescono. I medici devono rendere conto ai cittadini nel lavoro quotidiano di prima linea. Cresce il contenzioso civile e penale, aumenta la medicina difensiva; la formazione è inadeguata rispetto alle complessità delle competenze richieste. La delicata relazione medico-paziente rischia di diventare un contratto commerciale.



Diversi momenti della Manifestazione del 27 ottobre

In Copertina: Gianna Marini, *Interpretazione delle bacche e delle spine delle rose*, olio su tela. Gianna Marini è nata a Cormons dove tuttora vive. Dal 1960 ha preso parte a numerose rassegne d'arte regionali, nazionali ed internazionali organizzate dal Centro Friulano Arti Plastiche di Udine, ma ha esposto anche in mostre personali. Le sue opere figurano in collezioni pubbliche e private. I quadri raccontano parti della sua città, le incantevoli colline che la circondano e i fiumi che vi scorrono appresso. Essi evocano ricordi della terra cara, della natura e di luoghi colti soprattutto nei mesi autunnali ed invernali, quando la luce giunge più tenue e rarefatta, preziosa. Ma se l'ispirazione è intimistica, la traduzione di questi paesaggi la porta a composizioni di estrema eleganza e raffinatezza, capaci di muovere sensazioni e stati d'animo, preziosi appunti di un viaggio tutto interiore.



Questa la comunicazione del Comitato Centrale della FNOMCeO, e l'invito a partecipare.

Abbiamo camminato numerosi (stimati in 20.000), anche assieme ad altre professioni sanitarie, supportando striscioni che ricordavano l'articolo 32 della Costituzione e il nostro Codice Deontologico.

Abbiamo scandito con orgoglio il motto "INDIPENDENZA - AUTONOMIA - RESPONSABILITÀ" perché vogliamo continuare a garantire ai cittadini il diritto alla cura e ai medici il diritto-dovere di curare.

*Roberta Chersevani*



*A sinistra: la Dr.ssa Alice Pozzetto, neoiscritta all'OMCeO Gorizia, membro del Gruppo di lavoro sui Giovani Medici della FNOMCeO*



*Diversi momenti della Manifestazione del 27 ottobre*



Cari amici e colleghi,

da alcuni mesi ormai, si è insediata una nuova Commissione Albo Odontoiatri, che ho l'onore di presiedere ed è nuova in tre quinti dei suoi membri, Commissione che intende operare nella continuità con le passate Commissioni e rappresentare tutte le varie anime di questa nostra magnifica professione.

Viviamo, professionalmente, tempi molto difficili e saranno venute alla vostra attenzione mille notizie, che non fanno che farci deprimere ed arrabbiare. La crisi imperversa, il lavoro ed i nostri redditi calano, i controlli e gli adempimenti burocratici aumentano a dismisura, così come la pressione dell'imposizione fiscale, il turismo odontoiatrico, con viaggi della "speranza" dello sconto "all inclusive" e ticket per ingressi notturni ai night, ci ruba altri pazienti e come se non bastasse ci si mette anche "Striscia la notizia" a diffondere credenze fasulle e messaggi pubblicitari fallaci.

Abbiamo noi dentisti il modo di contrastare tutto questo? Possono i nostri rappresentanti fare qualcosa di più che stigmatizzare questo modo di dare informazione? Probabilmente no, ma proprio nei momenti difficili, come quelli che viviamo in questi giorni, si può misurare la qualità e lo spessore delle persone. È questo un frangente in cui dobbiamo dare il meglio di noi come dentisti e come uomini. Le regole dell'etica e della deontologia devono essere la bussola che ci guida nella professione.

Negli ultimi anni molte regole sono cambiate, liberalizzata la pubblicità sanitaria, molti colleghi hanno pensato, sbagliando, che ormai tutto fosse permesso. Abbiamo assistito a spettacoli a dir poco disdicevoli. Abbiamo visto offerte speciali, pacchetti in offerta, fino ad arrivare alla rotamazione delle vecchie protesi, abbiamo visto casi in cui igiene e prevenzione odontoiatrica sono stati venduti insieme ad epilazioni pubiche e lavaggi colici, secondo me è una vergogna, ma bisogna adattarci ai tempi moderni, bisogna accettare queste orrende e ridicole regole imposteci dal decreto Bersani e dall'Europa. La Commissione ed il suo Presidente vengono da molti considerate ormai inutili, ma a noi è rimasto il compito di vigilare sul comportamento degli iscritti. Non più sui sistemi che vengono usati per diffondere la pubblicità sanitaria, ma certamente ancora sul messaggio diffuso, sui suoi contenuti e specificamente su ciò che riguarda la veridicità e la trasparenza del suddetto messaggio.

Vigiliamo sui rapporti tra i colleghi e vigiliamo ancora sui rapporti tra i colleghi ed i loro pazienti, rapporti che devono assolutamente seguire il nostro Codice Etico e Deontologico. Non desideriamo che ci arrivino segnalazioni di dentisti che parlano male dei loro colleghi, né tantomeno di dentisti che istigano i pazienti ad intentare causa ad altri colleghi. Desideriamo che i suddetti rapporti siano sempre consoni a ciò che il codice etico ci insegna e ci prescrive. La nostra filosofia sarà quella della discussione e della comprensione, ma saremo estremamente severi con chi non terrà comportamenti adeguati.

*Paolo Coprivez*



**ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2012**

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione  
venerdì 21 dicembre 2012 alle ore 23.00  
presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Sabato 22 DICEMBRE 2012 alle ore 10.30  
presso la Tenuta LUISA via Campo Sportivo, 13  
Corona - Mariano del Friuli (GO)**

**Ordine del giorno:**

1. Relazione del Tesoriere e dei Revisori dei Conti
2. Esame ed approvazione del Bilancio Consuntivo 2011
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2013

Al termine verranno festeggiati i nostri Colleghi che hanno compiuto 50 anni di Laurea e i giovani Medici che faranno il Giuramento d'Ippocrate.

Seguiranno gli interventi dell'agronomo Claudio Fabbro su "Guida al bere consapevole" e della Dr.ssa Doriana Potente su "Il metabolismo delle sostanze alcoliche ed i conseguenti effetti sull'organismo".

Ai sensi dell'art. 24 del DPR 5 aprile 1950 n. 221, chi fosse impedito ad intervenire all'Assemblea potrà farsi rappresentare da un collega consegnandogli la delega sotto riportata. Il Bilancio Preventivo 2013 è a disposizione dei Colleghi presso gli Uffici dell'Ordine.

Il Presidente  
Dott.ssa Roberta Chersevani



\*\*\*\*\* DELEGA \*\*\*\*\*

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....delega a rappresentarlo in sede di discussione e di voto all'Assemblea Ordinaria Annuale del 21/12/2012 (prima convocazione) e del 22/12/2012 (seconda convocazione) il/la Dr.....

Data.....

Firma.....

Ai sensi del 3° comma dell'Art. 24 del D.P.R. 221/50 "Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe." La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato.



*Gli scorsi 28 e 29 settembre 2012 si è svolto a Padova il convegno sulla Cybermedicina. Una due giorni dedicata a tutto ciò che la digitalizzazione sta portando nella sanità. Con tanti "pro" e alcune avvertenze.*

## **L'arte del medico e la Cybermedicina**

*di Aldo Pagni\**

Le principali novità che hanno segnato lo sviluppo tecnologico, e cambiato il corso della storia, sono state la scoperta del fuoco e della ruota, l'invenzione di Gutenberg della stampa e la scoperta e la conquista delle terre americane tra il 400 e il 500, la nascita e lo sviluppo dell'industria moderna, iniziata in Inghilterra dalla seconda metà del XVIII secolo, la scoperta del telefono e del telegrafo nel 1800 e, dagli anni '50 del secolo scorso, l'ingresso sempre più trionfale della tecnica per immagini e di laboratorio nella medicina. L'ultima novità in ordine di tempo è la cibernetica, dal greco *Kubernetes*, l'arte del timo-

niere, una scienza applicata che, dagli anni '80, si è proposta di progettare e costruire computer e robot sempre più complessi e sofisticati ai quali affidare compiti e funzioni proprie dell'uomo e dei suoi rapporti con gli altri.

È meritorio che l'Ordine dei medici di Padova, in collaborazione con la FNOMCeO, abbia avvertito la necessità di dedicare un primo convegno agli effetti della **cybermedicina**.

Anche il gesuita A. Spadaro, nel libro dedicato alla cyberteologia, ha affrontato il tema di come utilizzare la grammatica incisiva dei 140 caratteri del tweet per connettere al linguaggio digitale l'antico annuncio delle visioni sistematiche dell'essere e dell'esistere proprie del Cristianesimo. Tuttavia, l'analisi del rapporto tra la medicina, le tecniche per immagini e di laboratorio e la cibernetica, non può prescindere da un breve richiamo all'evoluzione storica della professione del medico fino ad oggi.

Ed è proprio nel contesto della medicina contemporanea che si iscrivono queste novità "immateriali" ma fortemente pervasive.

### **1. Breve storia della medicina**

All'era del secolare *Paternalismo* del medico, genitoriale, carismatico e sacerdotale, che sapeva che cosa fosse "bene" per un malato generalmente analfabeta, ha fatto seguito di recente l'era dell'*Autonomia di un cittadino*, scolarizzato e informato, che ha rivendicato

\* Specialista in Medicina Interna. Ha esercitato la professione di medico di famiglia ad Empoli per 40 anni. Nel 1982 ha fondato, insieme ai dirigenti del sindacato, la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), che ha presieduto fino al 1997. È stato Direttore scientifico della Scuola Europea di medicina generale (Semg), fondata nel 1985.

Membro della Commissione Unica del Farmaco (CUF), e di numerose altre commissioni ministeriali (Aids, Oncologia, Consiglio Nazionale di Bioetica, e della Commissione per l'Educazione Medica Continua (ECM)). Per alcuni anni è stato membro del Consiglio Superiore di Sanità (CSS). Dal 1970 al 2000 è stato Consigliere dell'Ordine dei Medici di Firenze, dove ha ricoperto la carica di vice presidente e, dal 1996 al 2000 è stato presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO). È membro della Commissione Deontologica Nazionale della FNOMCeO.

Autore di numerosi saggi e pubblicazioni. Ha diretto "Il Medico d'Italia", "Federazione Medica", e la rivista "Simg". Dal 2002 è direttore della rivista "Professione", delle CG Edizioni Medico Scientifiche di Torino.

il diritto di accettare o di rifiutare le proposte diagnostiche e terapeutiche del medico.

Questa fase ha coinciso, da un lato con le attese crescenti e la poca pazienza delle persone e, dall'altro, con l'aumento dei costi di un'assistenza sanitaria sempre più complessa.

La politica, dopo avere proclamato il "tutto gratuito a tutti" per la salute-benessere, si è vista costretta a prendere provvedimenti progressivamente restrittivi, per garantire la "sostenibilità" del SSN, e ha inaugurato l'era della *Burocrazia parsimoniosa*, che, con scarso successo, condiziona sempre più le nostre decisioni e crea diffidenza nei cittadini.

Non si può negare che la pratica medica non si trovi a disagio in questa sanità egemonizzata dalla politica, dai manager, dai burocrati, dagli economisti sanitari, dagli epidemiologi, dai biostatistici e dai tribunali.

Non mancano neanche alcuni illustri tardo positivisti, che non hanno mai visto un malato ma esaltano il valore delle "evidenze" derivanti dalla ricerca come se fossero "verità" assolute e incontrovertibili, e agitano le linee guida non come "raccomandazioni", ma come se fossero le Tavole del Discorso della Montagna di Mosè. Gli economisti sanitari, dal canto loro, sognano di "standardizzare" le cure dell'uomo malato.

Le prescrizioni dei farmaci e le certificazioni sono state informatizzate obbligatoriamente per contratto, per renderle più rapide, e soprattutto per controllare la spesa, e si sanzionano i medici inadempienti senza tener conto né dei possibili guasti tecnici, né del disagio dei colleghi più anziani.

"Il paradigma metodologico dell'EBM - aveva scritto G. Federspil - è interamente costruito sull'idea che i fatti e le teorie costituiscano due ambiti distinti e separati, e che la pratica medica possa essere giudicata in modo obiettivo sulla base dei dati empirici, quali risultano nei trials randomizzati o nelle re-

visioni sistematiche, o quali sono contenuti nelle banche-dati delle biblioteche".

Alla fine dell'800 il medico canadese W. Osler scrisse che, tra la medicina e la scienza, c'era la stessa differenza esistente tra l'arte di volare e l'ingegneria aeronautica, e che solo se non fosse esistita la variabilità tra le persone malate, la medicina sarebbe stata una scienza e non un'arte.

I recenti sviluppi della genetica hanno confermato il concetto di "variabilità" clinica, ovvero che "esistono i malati e non le malattie", e che quella variabilità è largamente scritta nel DNA di ogni persona senza dimenticare l'effetto epigenetico delle interazioni tra geni e ambiente.

Dalla metà del secolo scorso le tecnologie per le immagini e lo sviluppo del laboratorio hanno trasformato la "piccola" in "grande medicina" (M. Baldini).

I clinici del passato, avvertivano l'importanza dei problemi metodologici nelle decisioni del medico, fondate sul protagonismo ineludibile dell'osservazione del malato e della visita, e discutevano con appassionata competenza se l'operazione mentale della diagnosi dovesse essere ipotetica deduttiva o induttiva.

Il medico, all'epoca, "curava spesso, guariva qualche volta e consolava sempre".

Dagli anni '50 la "grande" medicina specialistica, dal rapido e vorticoso sviluppo tecnologico, ha curato e guarito molte malattie acute, come non era mai accaduto nei secoli precedenti, ha consentito di curare senza poterle guarire le malattie croniche in aumento, ed è intervenuta su come si nasce e come si muore.

## 2. Tecnologia sanitaria ed etica medica

Le apparecchiature sanitarie, contrariamente a quello che si crede, non sono uno "strumento" a nostra disposizione ma progressivamente sono divenute un "ambiente", che influisce sulla vita in modo cosciente o inconscio e subordina le esigenze dell'uomo alle sue competenze.

Se a ciò aggiungiamo che nessuno padroneggia l'intero apparato tecnologico, ma solo quel frammento che corrisponde alla sua competenza, ogni specialista sarà portato a considerare le sue decisioni come le uniche naturali, ovvie e ineludibili.

Ciò ha provocato una diminuzione dell'interesse per l'unicità psico-fisica ed emozionale dell'uomo, che rischia di essere ridotto da soggetto a oggetto inconsapevole, mentre la professione del medico appare sempre più il "mestiere" di un tecnico, povero di logica e di ragionamento clinico.

Paradossalmente i progressi delle tecniche per immagini e di laboratorio se da un lato hanno elevato le capacità diagnostiche del medico a livello di affidabilità e di accuratezza prima impensabili, dall'altro hanno provocato un declino qualitativo della pratica clinica.

La sopravvalutazione dei test diagnostici ha contribuito a diminuire interesse e capacità nell'ascolto della narrazione soggettiva dei sintomi del malato e nell'esecuzione dell'esame obiettivo, e richieste inappropriate di test diagnostici oltre a dare risultati falsamente positivi possono condurre, oltre all'aumento dei costi, anche a diagnosi e o a interventi terapeutici che possono nuocere.

La tecnologia sanitaria fa anche aumentare i costi "diretti" dell'assistenza (acquisto degli apparecchi, addestramento del personale, modifiche organizzative, spese di gestione, manutenzione e obsolescenza dei vecchi modelli), e quelli "indiretti" (aumento della domanda conseguente all'aumento dell'offerta).

Certamente garantisce maggiore efficacia, immediatezza e rassicurazione al medico, gode del favore dell'industria, costretta a innovare per mantenere la competizione nel mercato, e neanche la politica la ignora per motivi di consenso e di potere.

Infatti, l'opinione pubblica, colonizzata dalla pubblicità informativa e da Internet, spera

che ogni nuova apparecchiatura garantisca la sconfitta delle malattie e della morte, salvo a rivolgersi ai guaritori, alle medicine naturali e alle filosofie orientali di fronte ai suoi insuccessi.

Peraltro, recenti ricerche avvalorerebbero l'ipotesi che chi si "prende cura" di un uomo, rappresenti un placebo, potenzialmente in grado di provocare una suggestione vittoriosa, temporanea o duratura nei confronti del male, attraverso la produzione di mediatori chimici a livello dei lobi prefrontali.

Nell'età della tecnica, aveva scritto Galimberti, non è più l'etica a promuovere la tecnica, ma è la tecnica a condizionare l'etica, obbligandola a prendere posizione su **una realtà non più naturale ma artificiale**, che la tecnica non cessa di costruire e rendere possibile.

In questa prospettiva i modelli etici del passato, fondati sull'essere e sulla natura dell'uomo, e su un'autorità ultima (comunque individuata), trovano sempre più difficoltà a stabilire precisi doveri, o a fissare un orizzonte di senso che orienti il nostro comportamento.

Le stesse leggi, di fronte a valori resi instabili dal pluralismo etico, e dopo il crollo delle ideologie, trovano difficoltà a regolare o interdire, ciò che la tecnica domina e promuove in termini di risultati.

### **3. La medicina nell'epoca della connessione planetaria e dei robot**

Negli anni '80, in una medicina egemonizzata dalle tecnologie specialistiche, ha fatto la sua comparsa sul tavolo del medico il Personal Computer, un utile strumento per la gestione di una cartella clinica "orientata per problemi" e per l'archiviazione e la consultazione rapida di dati clinici.

All'epoca realizzammo il primo software per il medico generale, scritto in basic e destinato

a uno dei primi PC dell'Olivetti, che progressivamente fu implementato da numerosi colleghi che si assunsero il compito di testarlo nella pratica, ma insieme suscitò non poche resistenze e avversioni in coloro che la ritenevano una mosruosa e inutile diavoleria.

Il Personal Computer dalla metà degli anni '90 è divenuto un "portale", sempre più miniaturizzato nei telefoni cellulari, che ha trasformato il modo di essere uomini, di comunicare e di formulare i pensieri.

Anche le emozioni sono affidate alla "visione" di poche parole semplificate e "non dette".

I "nativi digitali", i giovani che oggi hanno dai 5 ai 20 anni, "soli ma connessi, si aspettano sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri" (S. Tickle).

La comunicazione digitale contemporanea, ha fatto credere loro di essere meno isolati perché sempre connessi, ma ha acuito il loro senso di solitudine.

Per i teledipendenti, continuamente ossessionati dalla consultazione dei vari siti, gli psichiatri e gli psicologi hanno individuato la sindrome IAD (Internet Addiction Disorders).

È vero che l'Hi-tech continua a fornire ai medici software, algoritmi e informazioni in tempo reale utili nella professione, ma è anche innegabile che nella società odierna è venuta meno la capacità di dialogare con "l'altro" sempre più dipendente dal web.

La relazione con il malato che per la diagnosi e la terapia si basava sulla contiguità tra i due interlocutori, sull'ascolto della narrazione del malato, sulla comunicazione e informazione diretta, sul dialogo, sulla decodificazione del linguaggio verbale e non verbale, oggi rischia di divenire sempre più distante, spersonalizzata, e deprivata di ogni emozione.

Ed intanto, la malattia non ha solo la dimensione organica della clinica (*disease*), ma anche una soggettiva della persona (*illness*) e una sociale (*sickness*).

In questi anni anche i robot, oltre a fare il loro ingresso in medicina e in chirurgia, stanno ampliando il ventaglio delle loro capacità relazionali.

Dai giocattoli sociali per i bambini, alla prospettiva di impiegarli come baby-sitter, da quella di farne dei veri e propri partner, anche sessuali, a quella di usarli come "badanti" per le persone anziane sole, o come infermieri per gli affetti da Alzheimer.

Infatti è in corso anche un'evoluzione della robotica: da quella avanzata dei sistemi cognitivi del 2000 (IIa generazione) alla progettazione di robot al servizio dell'uomo del 2010 (IIIa generazione) basata sulle neuroscienze, la sensibilità integrata, i nano materiali multifunzione e la computazione tra cervello e corpo, ispirato all'organismo umano. Nella storia dell'Uomo le "novità" hanno sempre suscitato dubbi, resistenze e previsioni catastrofiche, ma le battaglie di retroguardia sono destinate alla sconfitta.

È noto come fallì il "luddismo", il movimento di protesta che prese il nome da Ned Ludd, (il primo operaio tessile che nel 1779 distrusse il telaio del padrone), e scelse come forma di lotta di sabotare le macchine per opporsi al crescente sfruttamento della rivoluzione industriale. Sarebbe illusorio credere di potersi opporre alle innovazioni cibernetiche, prodotte dalle grandi industrie che, non senza rischi e pericoli, modificano la realtà che ci circonda, anche perché offrono al medico possibilità suggestive e insidiose nelle quali i "fini" cedono spesso il passo all'enfasi sui "risultati".

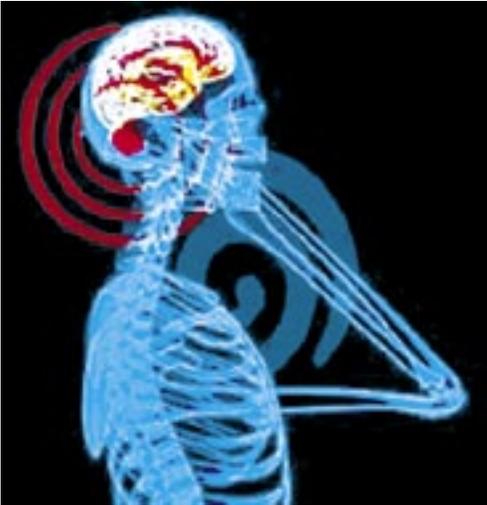
Questo convegno ha offerto una meditata riflessione sulle novità "immateriali" che incombono sull'esercizio della professione, ma ha messo anche in luce come nel giro di pochi decenni stiano cambiando i suoi paradigmi tradizionali di riferimento insidiati da un'alleanza in atto tra produttori "esterni" di tecniche per immagini, test di laboratorio, informatica e robotica.

Solo una diffusa consapevolezza della categoria sull'importanza di questi temi, la condivisione di norme deontologiche rigorose e attente alle novità, l'impegno sul "dover essere" dei colleghi, e un confronto aperto con le facoltà

di medicina, potranno consentire ai medici di distinguere volta per volta il grano dall'oglio, gli strumenti utili da quelli che rischiano di snaturare la professione.

## Uso di telefoni cordless e cellulari Possibile insorgenza di gravi patologie tumorali

*A richiamo dell'articolo già pubblicato sul nostro Bollettino dell'Ordine, riportiamo di seguito questa recente sentenza della Suprema Corte.*



### **Corte di Cassazione, sez. Lavoro, sentenza 3 - 12 ottobre 2012, n. 17438**

Presidente La Terza – Relatore Bandini

#### **Svolgimento del processo**

Con sentenza del 10 - 22.12.2009 la Corte d'appello di Brescia, in riforma della pronuncia di prime cure, condannò l'Inail a corrispondere a M. I. la rendita per malattia professionale prevista per l'invalidità all'80%.

Il M. aveva agito in giudizio deducendo che, in conseguenza dell'uso lavorativo protratto, per dodici anni e per 5-6 ore al giorno, di te-

lefonni cordless e cellulari all'orecchio sinistro aveva contratto una grave patologia tumorale; le prove acquisite e le indagini medico legali avevano permesso di accertare, nel corso del giudizio, la sussistenza dei presupposti fattuali dedotti, in ordine sia all'uso nei termini indicati dei telefoni nel corso dell'attività lavorativa, sia all'effettiva insorgenza di un "neurinoma del Ganglio di Gasser" (tumore che colpisce i nervi cranici, in particolare il nervo acustico e, più raramente, come nel caso di specie, il nervo cranico trigemino), con esiti assolutamente severi nonostante le terapie, anche di natura chirurgica, praticate; sulla ricorrenza di tali elementi fattuali, come evidenziato nella sentenza impugnata, non erano state svolte contestazioni in sede di appello, incentrandosi la questione devoluta al Giudice del gravame sul nesso causale tra l'uso dei telefoni e l'insorgenza della patologia.

La Corte territoriale, rinnovata la consulenza medico legale, ritenne di dover seguire le conclusioni a cui era pervenuto il CTU nominato in grado d'appello, osservando in particolare quanto segue:

- I telefoni mobili (cordless) e i telefoni cellulari funzionano attraverso onde elettromagnetiche e, secondo il CTU, "In letteratura gli studi sui tumori cerebrali per quanto riguarda

il neurinoma considerano il tumore con localizzazione al nervo acustico che è il più frequente. Trattandosi del medesimo istotipo è del tutto logico assimilare i dati al neurinoma del trigemino"; in particolare era stato osservato che i due neurinomi appartengono al medesimo distretto corporeo, in quanto entrambi i nervi interessati si trovano nell'angolo ponto-cerebellare, che è una porzione ben definita e ristretta dello spazio endocranico, certamente compresa nel campo magnetico che si genera dall'utilizzo dei telefoni cellulari e cordless; nella CTU erano stati riassunti con una tabella alcuni studi effettuati dal 2005 al 2009 ed in tre, effettuati dall'Hardell Group, era stato evidenziato un aumento significativo del rischio relativo di neurinoma (intendendosi per rischio relativo la misura di associazione fra l'esposizione ad un particolare fattore di rischio e l'insorgenza di una definita malattia, calcolata come il rapporto fra i tassi di incidenza negli esposti [numeratore] e nei non esposti [denominatore]).

- Un lavoro del 2009 del medesimo gruppo aveva considerato anche altri elementi quali età dell'esposizione, l'ipsilateralità e il tempo di esposizione, indicando, per quanto riguarda il neurinoma dell'acustico, un Odd ratio per l'uso dei cordless di 1,5 e per il telefono cellulare di 1,7; considerando l'uso maggiore di 10 anni, gli Odd ratio erano rispettivamente di 1,3 e di 1,9, intendendosi per Odd ratio il rapporto tra la frequenza con la quale un evento si verifica in un gruppo di pazienti e la frequenza con la quale lo stesso evento si verifica in un gruppo di pazienti di controllo, onde se il valore dell'Odd ratio è superiore a 1 significa che la probabilità che si verifichi l'evento considerato (per esempio una malattia) in un gruppo (per esempio tra gli esposti) è superiore rispetto a quella di un altro gruppo (per esempio tra i non esposti),

mentre significato opposto ha un valore inferiore a 1;

- Una recente review della The International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection aveva evidenziato i limiti degli studi epidemiologici fino ad allora attuati, concludendo che, allo stato attuale, non vi era una convincente evidenza del ruolo delle radiofrequenze nella genesi dei tumori, ma aggiungendo che gli studi non ne avevano escluso l'associazione;

- Un'ulteriore autorevole review (Kundi nel 2009) aveva confermato i dubbi che gli studi epidemiologici inducono per quanto riguarda il tempo di esposizione e concluso per un rischio individuale basso, ma presente; l'esposizione poteva incidere sulla storia naturale della neoplasia in vari modi: intervenendo nella fase iniziale di induzione, intervenendo sul tempo di sviluppo dei tumori a lenta crescita, come i neurinomi, accelerandola ed evitando la possibile naturale involuzione;

- L'analisi della letteratura non portava quindi ad un giudizio esaustivo, ma, con tutti i limiti insiti nella tipologia degli studi, un rischio aggiuntivo per i tumori cerebrali, ed in particolare per il neurinoma, era documentato dopo un'esposizione per più di 10 anni a radiofrequenze emesse da telefoni portatili e cellulari;

- Tale tempo di esposizione era un elemento valutativo molto rilevante, poiché, nello studio del 2006, l'esposizione per più di 10 anni comportava un rischio relativo calcolato di 2,9 sicuramente significativo; si trattava quindi di una situazione "individuale" che gli esperti riconducevano al "modello probabilistico-induttivo" ed alla "causalità debole", avente comunque valenza in sede previdenziale; doveva dunque riconoscersi, secondo il CTU, un ruolo almeno concausale delle radiofrequenze nella genesi della neoplasia subita dall'assicurato, configurante probabilità qualificata: la censura dell'Inail relativa agli

studi utilizzati dal CTU non coglieva nel segno, poiché lo studio del 2000 dell'OMS, che aveva escluso effetti negativi per la salute, si era basato su dati ancor più risalenti, non tenendo quindi conto dell'uso più recente, ben più massiccio e diffuso, di tali apparecchi e del fatto che si tratta di tumori a lenta insorgenza, risultando quindi più attendibili gli studi svolti nel 2009;

- Inoltre, come osservato dal CT di parte M., gli studi del 2009 non erano stati condotti su un basso numero di casi, ma, al contrario, sul numero totale dei casi (679) che si erano verificati in un anno in Italia; inoltre, a differenza dello studio della IARC, co-finanziato dalla ditte produttrici di telefoni cellulari, gli studi citati dal CTU erano indipendenti;

- Ancora, secondo quanto osservato dal CT di parte M., confrontando il dato di rischio individuale calcolato dal CTU (2,9) con quello rilevato per il fattore di rischio, universalmente riconosciuto, dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti, doveva considerarsi come per i sopravvissuti alle esplosioni atomiche giapponesi di Hiroshima e Nagasaki fosse stato accertato un rischio relativo di tipo oncologico di 1,39 per "tutti i tumori" con un minimo di 1,22 per i tumori di "utero e cervice" ed un massimo di 4,92 per la "leucemia", il che stava a significare che il rischio oncogeno medio delle radiazioni ionizzanti era inferiore a quello che si aveva per l'esposizione alle radio frequenze in riferimento ai neurinomi endocranici, ciò che rendeva ancora più evidente la reale portata di quanto affermato dal CTU;

- Secondo l'insegnamento della giurisprudenza di legittimità, nel caso di malattia professionale non tabellata, come anche in quello di malattia ad eziologia multifattoriale, la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, nel senso che, esclusa la rilevanza della mera possibilità dell'origine professionale, questa può

essere invece ravvisata in presenza di un rilevante grado di probabilità; e, a tale riguardo, il giudice deve non solo consentire all'assicurato di esperire i mezzi di prova ammissibili e ritualmente dedotti, ma deve altresì valutare le conclusioni probabilistiche del consulente tecnico in tema di nesso causale, considerando che la natura professionale della malattia può essere desunta con elevato grado di probabilità dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro, dalla durata della prestazione lavorativa e dall'assenza di altri fattori extralavorativi, alternativi o concorrenti che possano costituire causa della malattia;

- Doveva quindi ritenersi la sussistenza del requisito di elevata probabilità che integra il nesso causale richiesto dalla normativa. Avverso la suddetta sentenza della Corte territoriale Rinati ha proposto ricorso fondato su due motivi e illustrato con memoria. L'intimato M. I. ha resistito con controricorso, illustrato con memoria.

### ***Motivi della decisione***

**1. Con il primo motivo l'Istituto ricorrente denuncia violazione dell'art. 3 dpr n. 1124/65, rilevando che:** secondo i principi di diritto elaborati in materia dalla giurisprudenza di legittimità, la corretta applicazione della norma suddetta richiede, in particolare, l'accertamento sulla base di dati epidemiologici e di letteratura ritenuti affidabili dalla comunità scientifica, che l'agente dedotto in giudizio sia dotato di efficienza patogenetica, quanto meno probabile, per la specifica malattia allegata e diagnosticata; la suddetta relazione causale non poteva dunque essere suffragata "dalla personale valutazione dell'ausiliario del giudice, fondata sulla preferenza per taluni dati epidemiologici rispetto ad altri, ma deve essere supportata da un

giudizio di affidabilità dei dati stessi espresso dalla comunità scientifica"; nel caso di specie il CTU si era soffermato esclusivamente sui risultati del gruppo Hardell, in contrasto con quelli della comunità scientifica; inoltre il CTU aveva del tutto arbitrariamente utilizzato la contabilità tra esposizioni a radiofrequenze e neurinoma del nervo acustico, ipotizzata dal gruppo Hardeil, per affermare la relazione causale, addirittura con giudizio di probabilità qualificata, tra tali radiofrequenze e il neurinoma del trigemino; doveva al riguardo rilevarsi che la Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica delle malattie di cui è obbligatoria la segnalazione ai sensi dell'art. 139 dpr n. 1124/65, in occasione dell'aggiornamento dell'elenco approvato con decreto ministeriale 11.12.2009, non aveva ritenuto di dover includere i tumori dei nervi cranici, indotti da esposizione alle radiofrequenze, tra le malattie di possibile origine professionale.

**1.2** Secondo la giurisprudenza di questa Corte, nel caso di malattia professionale non tabellata, come anche in quello di malattia ad eziologia multifattoriale, la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, nel senso che, esclusa la rilevanza della mera possibilità dell'origine professionale, questa può essere invece ravvisata in presenza di un rilevante grado di probabilità; a tale riguardo, il giudice deve non solo consentire all'assicurato di esperire i mezzi di prova ammissibili e ritualmente dedotti, ma deve altresì valutare le conclusioni probabilistiche del consulente tecnico in tema di nesso causale, facendo ricorso ad ogni iniziativa ex officio diretta ad acquisire ulteriori elementi in relazione all'entità ed all'esposizione del lavoratore ai fattori di rischio ed anche considerando che la natura professionale della malattia può essere desunta con elevato grado di probabili-

tà dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro, dalla durata della prestazione lavorativa e dall'assenza di altri fattori extralavorativi, alternativi o concorrenti, che possano costituire causa della malattia (cfr, ex plurimis, Cass., nn. 6434/1994; 5352/2002; 11128/2004; 15080/2009).

La sentenza impugnata ha fatto applicazione di tali principi, ravvisando, in base alle considerazioni diffusamente esposte nello storico di lite, la sussistenza del requisito di elevata probabilità che integra il nesso causale.

Non è quindi ravvisabile il denunciato vizio di violazione di legge, che si fonda infatti su una pretesa erronea valutazione (da parte del CTU e della Corte territoriale) della affidabilità dei dati presi in considerazione al fine di suffragare tale requisito e, pertanto, sostanzialmente su un vizio di motivazione (in effetti dedotto con il secondo motivo di ricorso).

Il motivo all'esame va pertanto disatteso.

## **2. Con il secondo motivo l'Istituto ricorrente denuncia appunto vizio di motivazione, assumendo che:**

- Il CTU di secondo grado, dopo avere evidenziato che la review della The International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection aveva concluso che, allo stato attuale, non vi era una convincente evidenza del ruolo delle radiofrequenze nella genesi dei tumori, pur non escludendosene l'associazione, senza consequenzialità logica e senza motivazione aveva tratto la conclusione della probabilità qualificata di un ruolo almeno concausale delle radiofrequenze nella genesi della neoplasia per cui è causa;
- Doveva ritenersi priva di qualsivoglia fondamento scientifico la ritenuta assimilabilità, sul piano eziopatogenetico, del neurinoma del nervo acustico e di quello del trigemino, essendo "nozione comune" della scienza medica che tumori dello stesso istotipo, ma con

localizzazione diversa, anche se nell'ambito dello stesso distretto anatomico, riconoscono cause diverse e che qualsiasi potenziale agente cancerogeno che venga in contatto con il corpo umano modifica la sua azione a seconda dei tessuti che attraversa o con cui viene in contatto; e, in effetti, il nervo acustico e il nervo trigemino, in particolare il ganglio di Gasser, hanno una diversa collocazione nella teca cranica e diverse sono le strutture anatomiche che li separano dall'esterno e fra loro;

- La Corte territoriale non aveva risposto alle osservazioni svolte dall'Istituto, anche con riferimento alla circostanza che era "in corso" uno studio epidemiologico internazionale "interphone", coordinato dalla IARC e che l'OMS, in base al principio di precauzione, aveva suggerito "una politica di gestione del rischio che viene applicata in una situazione di "incertezza scientifica":

- Doveva ritenersi inconferente sul piano scientifico l'affermazione della Corte territoriale circa l'attendibilità, perché indipendente, dello studio del gruppo Hardell, a fronte del cofinanziamento della ricerca "in-

terphone" da parte dei produttori di telefoni cellulari, trascurando che tale ricerca è finanziata dalla Unione Europea e diretta e coordinata dalla IARC (Agenzia internazionale ricerca sul cancro dell'OMS);

- Neppure la Corte territoriale aveva ritenuto di chiamare il CTU a chiarimenti a fronte delle ricordate osservazioni critiche.

**2.1** La giurisprudenza di legittimità ha reiteratamente affermato che nei giudizi in cui sia stata esperita CTU di tipo medico-legale, nel caso in cui il giudice del merito si basi sulle conclusioni dell'ausiliario giudiziario, affinché i lamentati errori e lacune della consulenza tecnica determinino un vizio di motivazione della sentenza denunciabile in cassazione, è necessario che i relativi vizi logico-formali si concretino in una palese devianza dalle nozioni della scienza medica o si sostanzino in affermazioni illogiche o scientificamente errate, con il relativo onere, a carico della parte interessata, di indicare le relative fonti, senza potersi la stessa limitare a mere consi-



## SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI FORMAZIONE RESIDENZIALE ORGANIZZATA DALL'ORDINE:



Il corso di Formazione dà diritto a 15 CREDITI FORMATIVI ECM per l'anno 2013. Sarà organizzato in modalità residenziale dall'Ordine di Gorizia in data SABATO 9 MARZO 2013 dalle ore 9.00 alle 14.00 presso l'Auditorium del P.O. S.Polo di Monfalcone – via Galvani, 1

### È OBBLIGATORIA LA PRESCRIZIONE

alla segreteria dell'Ordine a mezzo FAX al numero 0481/534993 o via mail agli indirizzi

**ordmedgo@libero.it go@pec.omceo.it**

I professionisti che intendono prendere parte al corso devono preventivamente scaricare il Manuale del Corso dal Portale della Federazione ([www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it))

cliccando su: "Stampa qui i manuali dei Corsi FNOMCeO ECM –FAD".

derazioni sulle prospettazioni operate dalla controparte, che si traducono in un'inammissibile critica del convincimento del giudice di merito che si sia fondato, per l'appunto, sulla consulenza tecnica (cfr, ex plurimis, Cass., nn. 16392/2004; 17324/2005; 7049/2007; 18906/2007). Nel caso all'esame l'Istituto ricorrente, nel contestare la ritenuta assimilabilità, sul piano eziopatogenetico, del neurinoma del nervo acustico e di quello del trigemino, non specifica - rifugiandosi nel concetto di "nozione comune" - le fonti scientifiche, ritualmente dedotte ed acquisite al giudizio, in base alle quali avrebbero dovuto ritenersi scientificamente errate le affermazioni rese al riguardo dal CTU e seguite dalla sentenza impugnata, finendo per richiedere al riguardo a questa Corte una valutazione di merito inammissibile in sede di legittimità. Neppure è dato rilevare il preteso e denunciato vizio di mancanza di consequenzialità logica e di motivazione in ordine alle conclusioni della probabilità qualificata di un ruolo almeno concausale delle radiofrequenze nella genesi della neoplasia per cui è causa, posto che tale giudizio, come diffusamente esposto nello storico di lite, non discende dalla mera indicazione delle conclusioni (evidentemente difformi) a cui era pervenuta la ricordata review della The International Commission on Non-ionizing Radiation Protection, ma, piuttosto, dai riscontri di altri studi a carattere epidemiologico svolti al riguardo. Inoltre, e significativamente, la sentenza impugnata, seguendo le osservazioni del CTU, ha ritenuto di dover ritenere di particolare rilievo quegli studi che avevano preso in considerazione anche altri elementi, quali l'età dell'esposizione, l'ipsilateralità e il tempo di esposizione, atteso che, nella specie, doveva valutarsi la sussistenza del nesso causale in relazione ad una situazione fattuale dei tutto particolare, ca-

ratterizzata da un'esposizione alle radiofrequenze per un lasso temporale continuativo molto lungo (circa 12 anni), per una media giornaliera di 5-6 ore e concentrata principalmente sull'orecchio sinistro dell'assicurato (che, com'è di piana evidenza, concretizza una situazione affatto diversa da un normale uso non professionale del telefono cellulare). L'ulteriore rilievo circa la maggiore attendibilità proprio di tali studi, stante la loro posizione di indipendenza, ossia per non essere stati cofinanziati, a differenza di altri, anche dalle stesse ditte produttrici di cellulari, costituisce ulteriore e non illogico fondamento delle conclusioni accolte.

Né è stato dedotto - e tanto meno, dimostrato - che le indagini epidemiologiche le cui conclusioni sono state prese in particolare considerazione provengano da gruppi di lavoro privi di serietà ed autorevolezza e, come tali, sostanzialmente estranei alla comunità scientifica. L'asserita prevalenza che, secondo il ricorrente, dovrebbe essere attribuita alle conclusioni di altri gruppi di ricerca (le cui indagini, peraltro, secondo quanto dedotto, almeno all'epoca del giudizio di merito erano ancora "in corso"), si risolvono anch'essi nella richiesta di un riesame del merito, non consentito in sede di legittimità. Avendo inoltre la Corte territoriale riscontrato nelle considerazioni già svolte dal CTU e dal CT di parte M. elementi ritenuti sufficienti a confutare le osservazioni critiche dell'Istituto, non sussisteva la necessità di investire ulteriormente il CTU di una richiesta a chiarimenti.

Anche il secondo motivo di ricorso va quindi disatteso.

### **3. In definitiva il ricorso va rigettato.**

L'esito fra loro difforme dei giudizi di merito e la novità, sotto il profilo della peculiarità fattuale, della vicenda dedotta in causa, consigliano la compensazione delle spese.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso; spese compensate.



## **Posta elettronica certificata Indice nazionale degli indirizzi dei professionisti presso il Ministero dello sviluppo economico**



Il Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179/12 recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese" prevede all'art. 5: "Posta elettronica certificata – indice nazionale degli indirizzi delle imprese e dei professionisti" dispone che "al fine di favorire la presentazione di istanze, dichiarazioni e dati, nonché lo scambio di informazioni e documenti tra la pubblica amministrazione e le imprese e i professionisti in modalità telematica, è istituito entro 6 mesi dalla data in vigore del presente decreto (...) il pubblico elenco denominato Indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata (INI-PEC) delle imprese e dei professionisti, presso il Ministero per lo sviluppo economico.

L'indice nazionale di cui al comma 1 è realizzato a partire dagli elenchi di indirizzi PEC costituiti presso il registro delle imprese e gli

ordini o collegi professionali (ex. DL 185/2008 convertito con modificazioni dalla L. 28 gennaio 2009 n.2)

Preghiamo gli Iscritti che non vi avessero già provveduto di procedere quanto prima all'attivazione di una casella PEC, che poi vorranno prontamente comunicare alla segreteria dell'Ordine a mezzo fax al numero 0481/534993 o tramite mail agli indirizzi: [ordmedgo@libero.it](mailto:ordmedgo@libero.it) ovvero segreteria, [go@pec.omceo.it](mailto:go@pec.omceo.it)

Ricordiamo che l'Ordine di Gorizia ha stipulato una apposita convenzione con ARUBA PEC. Di seguito riportiamo la procedura di attivazione:

### **CONVENZIONE OMceO GORIZIA CON ARUBAPEC Codice convenzione: OMCEO-GO-0044**

Procedura:

- L'utente accede al portale [www.arubapec.it](http://www.arubapec.it)
- Clicca in alto a destra su "convenzioni"
- Inserisce il codice convenzione
- Nella pagina successiva deve inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri nella provincia di GORIZIA
- L'utente dovrà inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- A questo punto dovrà essere effettuato il pagamento che potrà avvenire tramite Bollettino Postale, Bonifico Bancario o Carta di Credito
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando il documento d'identità al numero di fax 0575.862026

**Il servizio di help desk verrà erogato tramite il numero 0575.0500.**

## Gino de Finetti

di Margherita Reguitti

Pittore, grafico, illustratore, geniale creatore di moda e di loghi per marchi europei quali Audi e Aeg. Gino de Finetti (Pisino d'Istria 1877- Gorizia 1955) fu un artista versatile e europeo, figura di spicco di quella genia di artisti che negli anni Venti e Trenta del secolo scorso diedero vita a Berlino e Vienna ad avanguardie in settori diversi dell'arte. Fino al 12 ottobre la Galleria d'arte Mario Di Iorio della Biblioteca Statale isontina ospita la mostra "Lacerti grafici", quinta tappa del progetto "Gino de Finetti. Collezioni private", articolato in un percorso espositivo sul territorio provinciale promosso dalla Bsi, dal Comune di Mariano del Friuli e dal Circolo culturale Gradisc'Arte di Gradisca.

Nella sede goriziana vengono esposti disegni, olii, acquerelli, libri, cataloghi d'arte e

stampe. Tutte opere inedite di proprietà di collezionisti privati.

Diverse le sezioni in cui si articola l'esposizione. Di estremo interesse i disegni con tecniche diverse che raccontano scene di mondanità e paesaggi berlinesi nella prima parte del Novecento. Una selezione di 50 opere effettuata dalla curatrice della mostra Lidia Da Lio fra le oltre 600 recentemente ritrovate, accanto a caricature e ritratti. L'impostazione cronologica dell'esposizione prende il via dai loghi creati da Gino de Finetti per la Secessione berlinese nel 1912 e dalle locandine per i concerti viennesi di Gustav Mahler. Si prosegue con l'esposizione completa della rara cartella di 12 stampe di scene di concorsi ippici del 1918 intitolata *Rennen*. Arricchisce la conoscenza dell'opera dell'artista il carteggio intrattenuto con alcuni esponenti del mondo dell'arte e della cultura europea del primo '900 come Anselmo Bucci, Alfred Kubin, Carlo Jeannerat, Eugene Spiro e Umbro





Apollonio. Una sezione bibliografica presenta libri illustrati da de Finetti e cataloghi di mostre d'arte di rilevanza internazionale, come la Biennale di Venezia a cavallo fra gli anni '20 e '30 del secolo scorso. Un'attenzione particolare meritano i tre acquerelli commissionati a de Finetti negli anni '40 dal conte goriziano Guglielmo Coronini per illustrare la lirica giovanile di Rainer Maria Rilke, *Die Weise von Liebe und Tod des Cornets Christoph Rilke*. Opere ritenute perdute e fortunatamente ritrovate nel 2010 sul mercato antiquario tedesco.

La mostra è corredata da un corposo catalogo a colori, edito da SVSB di Trieste, con testi di Lidia Da Lio, Cristina Feresin e Marco Menato che presenta anche le opere esposte fino al 10 settembre a Gradisca d'Isonzo e Grado e fino al 31 ottobre nella Biblioteca di Mariano del Friuli e nella Villa de Finetti di Corona.

## Normativa in Medicina La responsabilità dei medici per la sostituzione con farmaci equivalenti

*a cura di Mauro Marin*

*Medico di Medicina Generale - PN (06-13-UNV-2011-IT-5595-W)*

Le riserve dei medici alla prescrizione dei farmaci generici si fondano su dubbi riguardo all'effettiva equivalenza di risposta clinica e sicurezza di tutti i prodotti tra loro sostituibili in farmacia (1, 2, 3, 4).

I medici prescrivono farmaci la cui sicurezza ed efficacia viene garantita dall'AIFA, che ne autorizza l'immissione in commercio, con la conseguenza che se poi il farmaco risulta imperfetto (art. 443 CP) o contraffatto (art.440 CP) ne risponde il produttore, qualora il medico provasse la correttezza della sua condotta nella prescrizione.

L'indagine sui medici veneti ha rilevato che

essi sono riluttanti all'uso del timbro con l'indicazione "non sostituibile". Questa può apparire come una volontà di preferire un determinato produttore, pur avendo i medici dichiarato che i farmaci equivalenti in commercio non sono tutti uguali e che le sostituzioni di confezioni diverse nel tempo dello stesso principio attivo, secondo la loro esperienza, possano aumentare il rischio di assunzioni incongrue di farmaci. Però, omettendo la dicitura "non sostituibile", i medici temono di assumersi le responsabilità per eventuali danni derivanti dalla dispensazione di farmaci contenenti

eccipienti diversi dal farmaco da loro prescritto e in uso abituale dell'assistito.

Una proposta del sottoscritto per evitare in giudizio l'accusa di non aver apposto l'annotazione "non sostituibile" in caso di danno riferibile al generico dispensato in sostituzione dal farmacista, è quella di apporre l'annotazione "sostituibile con farmaco equivalente per principi attivi ed eccipienti". Così il medico esplicita la propria volontà di prescrizione, senza mostrare di favorire col timbro "non sostituibile" un marchio specifico e senza assumersi la responsabilità della sostituzione operata in farmacia per omissione della dicitura "non sostituibile".

Il farmacista, non essendo abilitato alla prescrizione di farmaci, esclusiva del medico, non è autorizzato a sindacare i trattamenti terapeutici farmacologici prescritti dal medico e deve viceversa attenersi a quanto prescritto da quest'ultimo, secondo le sentenze n.8073 del 28.03.2008 e n. 15734 del 02.07.2010 della Cassazione sezione Civile III°. Deve quindi, limitarsi a dispensare il farmaco che il medico ha prescritto. Nessuna disposizione vieta di apporre la nota "non sostituibile" anche sulla prescrizione di un farmaco equivalente di un produttore ritenuto dal medico più affidabile.

Infatti, vi sono evidenze di efficacia clinica tra farmaci equivalenti e originali di marca con brevetto scaduto, utilizzati nella cura di patologie cardiovascolari (5), ma esistono anche evidenze di non conformità agli standard di alcuni farmaci autorizzati come equivalenti; ciò a dimostrazione del fatto, che non tutti gli equivalenti hanno la stessa qualità e intercambiabilità (1, 6, 7, 8, 9).

## CONCLUSIONI

**La spesa farmaceutica a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) non viene**

**più influenzata dal fatto che il medico prescrive o no, un farmaco originale di marca a brevetto scaduto al posto di un farmaco equivalente o generico corrispondente. Oggi, infatti, la rimborsabilità del medicinale al farmacista da parte del SSN rimane comunque limitata al prezzo più basso del corrispondente prodotto generico, disponibile nel ciclo distributivo regionale ai sensi dell'art. 9, comma 5, della legge n.178/2002; la stessa normativa che ha esteso il prezzo di riferimento sia ai generici che ai prodotti di marca a brevetto scaduto. Pertanto, il medico deve prioritariamente garantire agli assistiti le cure più efficaci e sicure, tutelando gli assistiti e se stesso, da possibili sostituzioni di farmaci che non garantiscano effettiva bioequivalenza e qualità.**

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. *Position Paper della Società Italiana di Farmacologia : Farmaci Equivalenti Quaderni della SIF 2011, 25 : 4-12*
2. *Le Corre P: Bioequivalence and generics of index drugs with narrow therapeutics margins Presse Med 2010, 39/2 : 169-176*
3. *Ferner RE, Lenney W, Marriot JF : Controversy over generic substitution BJM 2010, 340 : c2548*
4. *Misra A : Are biosimilars really generics ? Expert Opin Biol Ther 2010, 10/4: 489-94*
5. *Kesselheim AS et al.: Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease JAMA 2008, 300/21: 2514-2526*
6. *Johnston A : Challenges of therapeutic substitution of drugs for economics reasons :focus on CVD prevention. Curr Med Res Opin 2010, 26/4: 878-878*
7. *Atar D, Carmena R, Clemmensen P et al : Clinical review: impact of statin substitution policies on patient outcomes Ann Med 2009, 41/4 :242-256*
8. *Finch R: Generic Antibiotics, antibiotics resistance and drug licensing Lancet Infect Dis 2010, 10/11: 754*
9. *Hakonsen H, Eilertsen M, Borge H et al.: Generic substitution : additional challenge for adherence in hypertensive patients? Curr Res Med Opin 2009, 25/10 : 2515-2521.*

## Salute last minute on line No al discount di una falsa sanità

Viste le segnalazioni giunte all'Ordine nel corso del 2012, riprendendo un articolo già pubblicato sul Bollettino di quest'Ordine n.3.2011, riteniamo necessario rimettere in guardia gli Iscritti dall'attività di società e siti come Groupon, Groupalia. Cosa nascondono i prezzi stracciati di certe prestazioni



medico-odontoiatriche in Italia come all'estero? In tempi di crisi è imprescindibile tenersi alla larga da fenomeni che, facendo leva sulla voglia di risparmiare (o di incassare...), stanno portando l'assistenza sanitaria italiana in un terreno di hard discount della salute.

## Una distorsione di rapporto

di Adriano Segatori

Lo spot televisivo che invita alla denuncia dei medici per eventuali danni subiti fino a dieci anni di distanza da un evento clinico è una propaganda mediatica che supera l'indigenza e la malafede. Essa si inserisce in una mentalità diffusa e pervasiva che interessa il rapporto del cittadino con la salute e con gli apparati preposti alla cura.

Per quanto riguarda la prima variabile siamo alla follia, e non in senso metaforico. Segnala testualmente il grande analista junghiano Luigi Zoja in uno dei suoi ultimi lavori (Paranoia, Bollati Boringhieri, Torino 2011): "Come molti documenti ben intenzionati, anche la Costituzione della Repubblica Italiana «tutela come fondamentale diritto la salute». Con un salto logico che non ha quasi precedenti e che ci fa sospettare che Dio sia stato introiettato dalla legge laica – essa non ha proclamato il diritto alle terapie, ma quello di essere sani. In tal modo chi è malato è invitato a sentirsi vittima di un'ingiustizia non quando manchino le cure, ma quando manchi la salute. La paranoia completa così il suo ciclo". La salute non è più una fortuna, e la morte

non più un evento ineludibile dell'esistenza, ma entrambi reclamano un responsabile terreno. Non si va più in chiesa, magari a bestemmiare contro la sorte divina, ma nello studio legale, a denunciare un responsabile sui cui riversare il destino e farsi ricompensare in moneta sonante per la disgrazia capitata.

Del resto, in questa visuale, non c'è spazio per il caso, ma ognuno ha il diritto statutale di sentirsi vittima da tutelare, in un sistema di rapporti in cui – come recita il sottotitolo di uno splendido saggio di una psicoanalista e di un avvocato francesi, *Il tempo delle vittime* di Caroline Eliacheff e Daniel S. Larivière (Ponte alle Grazie, Milano 2008) – "Le vittime sono diventate i nuovi eroi della società democratica contemporanea".

In concomitante precisazione, lo spot afferma anche che il denunciante non corre alcun rischio. Può colpire l'apparato e la persona, e se sbaglia mira torna alla casella di partenza, senza penalità.

È questa l'ennesima deriva deresponsabilizzante. A distanza di anni da un rapporto

medico, uno può denunciare il professionista, il quale dovrà prendersi l'onere dell'avvocato e del perito per dimostrare – come avviene nel 90 % dei casi – che la denuncia è fasulla. A quel punto, chi rifonderà al denunciato innocente, o al suo ente di appartenenza, le spese per la difesa?

Pensiamo con uno spirito complottistico quanto può essere facile distruggere la vita di un medico: poche denunce non riuscirebbero ad essere coperte neanche da un lauto TFR, per non parlare poi dell'impossibilità a trovare un'assicurazione disposta a prenderlo in carico. Ritengo personalmente che sia da un po' finito il tempo della mediazione e della negoziazione, vissuti come atteggiamenti di debolezza e di difesa colpevole. Bisogna portarsi dove si attacca e non restare passivi là dove ci si difende: agire in modo che questa responsabilità alla denuncia facile venga riconosciuta, e con essa i danni materiali e morali al medico ingiustamente screditato. Viste le percentuali di assoluzioni per

esposti evanescenti, se il denunciante dovesse pagare in solido la sua velleità, gli avvocati dovrebbero rinunciare alla pesca a strascico dei clienti, e questi non troverebbero nelle varie cittadinanze attive e tribunali del malato la fonte di ispirazione e di istigazione alla loro irragionevole, malevola e persecutoria opinione di giustizia.



## SERVIZIO NEWSLETTER

Coloro che ancora non ricevessero la Newsletter quindicinale inviata dall'Ordine agli Iscritti, sono pregati di comunicare quanto prima alla segreteria il loro INDIRIZZO E-MAIL

## Annuncio dell'AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani)



Domenica 21 ottobre 2012

si è svolta l'assemblea annuale dell'AMCI, sezione di Gorizia, in seno alla quale si sono tenute le elezioni del Consiglio Direttivo. Con voto unanime l'esito è stato il seguente:

Presidente:  
Vicepresidenti:  
Segretario:  
Tesoriere:

dott.ssa Chiara Bregant  
dott.Luigi Donatoni, dott.Dorina Tommasi  
dott.Flavio Piciulin  
dott.ssa Sandra Lombardi

**Il dott. Mario Spanghero è stato nominato Presidente Onorario.  
Il nuovo Arcivescovo ha riconfermato come Assistente Ecclesiastico AMCI don Stefano Goia.**

## Il Vescovo si commiata dai Medici Cattolici

*Pubblichiamo l'omelia di Sua Eccellenza Arcivescovo Dino De Antoni che ha appena lasciato la guida della Diocesi di Gorizia, dopo averla guidata per 13 anni:*

### San Luca evangelista

Tre brevi note nelle Lettere di S. Paolo sono le sole notizie che la Sacra Scrittura ci fornisce su S. Luca, il sollecito investigatore della buona novella, al quale siamo debitori del terzo Vangelo e degli Atti degli apostoli. Dai suoi appunti di viaggio, cioè dalle pagine degli Atti in cui S. Luca parla in prima persona, possiamo ricostruire parte della sua attività missionaria. Egli fu compagno e discepolo degli apostoli. Lo storico Eusebio sottolinea: "... ebbe relazioni con tutti gli apostoli, e fu quanto mai premuroso". Di questa sua sensibilità e disponibilità verso il prossimo ci dà testimonianza lo stesso S. Paolo, legato a lui da calda amicizia. Leggiamo nella lettera ai Colossesi: "Vi saluta Luca, medico amato...".

La professione medica presuppone che egli abbia dedicato molti anni allo studio. La sua formazione culturale traspare anche dallo stile dei suoi libri: il suo Vangelo è scritto in greco scorrevole, terso e bello, ricco di vocaboli che gli altri tre evangelisti non hanno. C'è un'altra considerazione da fare sul suo Vangelo, oltre al fattore stilistico e storiografico: Luca è l'evangelista che più degli altri ci ha dipinto l'umana fisionomia del Redentore, la sua mansuetudine, le sue attenzioni verso i poveri e i derelitti, le donne e i peccatori pentiti. È il biografo della Madonna e della infanzia di Gesù. È l'evangelista del Natale. Dagli Atti e dal terzo Vangelo conosciamo anche il temperamento di S. Luca, uomo conciliativo, discreto, padrone di sé; mitiga o tace espressioni che avrebbero potuto ferire qualche lettore, quando ciò non va a pregiudizio della fedeltà storica.

Svelandoci gli intimi segreti dell'Annunciazione, della Visitazione, della Natività egli ci fa

capire d'aver conosciuto personalmente la Madonna. Qualche esegeta avanza l'ipotesi che sia stata Maria stessa a trascrivergli l'inno del "Magnificat", da lei elevato a Dio in un momento di esultanza nell'incontro con la cugina Elisabetta. Luca ci avverte infatti di aver fatto ricerche e preso informazioni sui fatti riguardanti la vita di Gesù presso coloro che ne furono testimoni.

Uno scritto del II secolo, il Prologo antimarcionita del Vangelo di Luca, così ne sintetizza il profilo biografico: "Luca, un siro di Antiochia, di professione medico, discepolo degli apostoli, più tardi seguì Paolo fino alla sua confessione (martirio). Servì senza biasimo il Signore, non prese mai moglie, né ebbe figli. Morì all'età di 84 anni in Beozia, pieno di Spirito Santo". Studi recenti concordano con questa versione.

Noi ci siamo riuniti per celebrare la sua festa che ricorreva giovedì 18 ottobre, per facilitare la presenza vostra. Il nostro incontrarci comincia con una celebrazione eucaristica, quasi a sottolineare che, dopo quello del sacerdote, il ministero del medico è il ministero più sacro. Il vostro ministero, infatti, partecipa dell'azione pastorale ed evangelizzante della Chiesa, "poiché voi siete chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti".

Siete chiamati ad essere "testimoni del Vangelo della vita".

"Vi è una necessaria interazione tra esercizio della professione medica ed azione pastorale, poiché unico oggetto di entrambe è l'uomo, colto nella sua dignità di figlio di Dio, di fratello bisognoso, al pari di noi, di aiuto e di conforto". Questa preghiera ci ricorda che la medicina deve evitare il rischio di essere considerata

soltanto una professione. In essa, professione, vocazione e missione si incontrano e si fondono.

Essendo la medicina al servizio della vita, i luoghi di ricovero e di cura sono veramente la Casa di Dio, mentre l'opera del medico si affianca a quella creatrice di Dio e redentrice di Cristo.

Se lo straordinario e confortante cammino in avanti della scienza medica in tutte le sue branche pone problemi nuovi, la risposta a questi problemi resta sempre la medesima.

È una risposta che poggia su un principio, sul quale di un il medico è costantemente chiamato a muoversi. Esso è: il dovere irrinunciabile - peraltro contenuto nel Giuramento di Ippocrate - di ispirarsi a norme morali che lo guidino nel suo servizio alla vita.

Il magistero della Chiesa che, nel nostro tempo, ha guardato con crescente attenzione ai problemi della vostra professione, vocazione e missione, è fermissimo e costante su questo principio.

“La persona del medico, come tutta la sua attività, si muovono costantemente nell'ambito dell'ordine morale e sotto l'impero delle sue leggi. In nessuna dichiarazione, in nessun consiglio, in nessun provvedimento, in nessun intervento, il medico può trovarsi al di fuori del terreno della morale, svincolato e indipendente dai principi fondamentali dell'etica e della religione; né vi è alcun atto o parola, di cui egli non sia responsabile dinanzi a Dio e alla propria coscienza”. Ecco il principio. Nella enciclica *Evangelium vitae*, che il medico cattolico deve considerare quasi il codice cui costantemente ispirarsi, Giovanni Paolo II, ritornando sull'inscindibile sodalizio tra scienza e fede, ribadisce: “La questione della vita e della sua difesa e promozione non è prerogativa dei soli cristiani. Anche se dalla fede riceve luce e forza straordinarie, essa appartiene ad ogni coscienza umana che aspira alla verità ed è attenta e pensosa per le sorti dell'umani-

tà. Nella vita c'è sicuramente un valore sacro e religioso, ma in nessun modo esso interpella i soli credenti: si tratta infatti di un valore che ogni essere umano può cogliere anche alla luce della ragione e che perciò riguarda necessariamente tutti”. Nulla, dunque, dell'azione del medico, dalla diagnosi alla terapia, dalla ricerca alle sue molteplici applicazioni, si sottrae all'imperio della legge morale.

Tuttavia, l'ambito, l'itinerario, le conquiste ed anche i limiti nella traduzione pratica di questa irrinunciabile moralità sono dettati dal servizio integrale alla vita dal suo concepimento al suo naturale tramonto. È questo il secondo principio. Il Santo Padre Giovanni Paolo II, nel capitolo quarto dell'enciclica *Fides et ratio*, che ogni medico cattolico dovrebbe conoscere e meditare a fondo, ci ricorda: “È, infatti, illusorio pensare che la fede, dinanzi a una ragione debole, abbia maggiore incisività; essa al contrario, cade nel grave pericolo di essere ridotta a mito e superstizione. Alla stessa stregua, una ragione che non abbia dinanzi a una fede adulta non è provocata a puntare lo sguardo sulla novità e la radicalità dell'essere.

Al coraggio della fede deve corrispondere l'audacia della ragione”. Un mondo, quello in cui viviamo, che ascolta e segue sempre meno i maestri, ma che cerca testimoni credibili. Il nostro Maestro sia uno solo, Gesù, medico delle anime e dei corpi: sappiate riconoscere il Suo Santo Volto nel Buon Samaritano, nel sofferente e nel malato, nei vostri collaboratori.

Anche per questo noi lo celebriamo come il Volto dei Volti, perché quanto avremo fatto ai più piccoli dei nostri fratelli, lo avremo fatto a Lui. La nostra preghiera sia di azione di lode per la vostra vocazione, di invocazione del Suo aiuto, ma anche di ringraziamento per quanti, medici e operatori sanitari, in questo momento, in ogni parte del mondo, rendono, anche con l'eroismo del sacrificio della vita, una testimonianza che onora la scienza e la fede, “le due ali con le quali lo spirito umano si innalza verso la contemplazione della verità”.

# Abstract delle tesi di laurea e articoli dei neoiscritti all'ordine

## LA DINAMICA DELLA DISSOLUZIONE

Osservazioni di tipo tafonomico e tanatologico su casi di interesse medico legale e sugli inumati della necropoli Alto Medievale di Romans d'Isonzo

*Dr.ssa Alice Pozzetto*

Molte sono le finalità della medicina legale, tra le più importanti ricordiamo la determinazione della causa di morte e la datazione dell'epoca di morte. Nel nostro studio abbiamo focalizzato l'attenzione sul secondo aspetto, la datazione dell'epoca di morte.

La morte, infatti, non va considerata come un evento che si compie esclusivamente con l'interruzione delle funzioni vitali (cerebrale, cardiaca e respiratoria), ma come un continuum, dato dal susseguirsi di diverse fasi: la fase cromatica, la fase enfisematosa, la fase colliquativa fino alla definitiva scheletrizzazione dei resti.

La tanatologia è la parte della medicina legale volta allo studio dei fenomeni cadaverici e all'individuazione di segni che consentano di accertare la realtà della morte, alcune delle sue cause e l'epoca di morte. Vari aspetti d'indagine possono fornire informazioni riguardo la datazione dell'epoca di morte come lo studio della temperatura corporea, la valutazione del rigor, la valutazione della fase del processo putrefattivo, lo studio entomologico, lo studio dello stato delle articolazioni e la quantificazione e localizzazione dei gas putrefattivi. Tutti questi elementi d'indagine subiscono l'influenza di variabili sia intrinseche che estrinseche molto difficili da controllare. Nel nostro studio abbiamo voluto approfondire due aspetti ancora poco indagati: le modificazioni articolari e la disposizione dei gas putrefattivi nel post-mortem. La casistica presa in esame è una casistica aneddotica, costituita da sei casi di interesse medico legale, molto diversi tra loro come cau-

sa di morte e tempistica intercorsa tra la morte e l'analisi dei resti, e da settantacinque sepolture della necropoli alto-medievale di Romans d'Isonzo.

I sei casi medico legali sono stati studiati mediante scansioni TC lungo tutto il volume corporeo. Le misurazioni per la raccolta dati sono state effettuate con modalità diverse per quanto riguarda le articolazioni ed i gas putrefattivi. Nel caso dei gas sono state determinate le densità medie misurate su uno spessore di 0,5 mm (su cinque diverse slice da 0,5 mm) calcolate sulla base di una ROI, (regione d'interesse) posizionata sull'area di studio. Le strutture considerate sono il parenchima epatico, la midollare sternale, i muscoli psoas e la quinta vertebra lombare. La misurazione delle densità è stata effettuata utilizzando il software Image J, un editor freeware dedicato all'elaborazione delle immagini in ambito scientifico che presenta anche funzioni di calcolo e trasformazione. Mentre i dati relativi alle articolazioni sono stati ottenuti mediante i software Amira e Vitrea, capaci di elaborare slice 3D e 4D, visualizzare, manipolare ed analizzare dati biomedici.

Questi programmi ci hanno permesso di visualizzare e calcolare il diametro medio dei legamenti di nostro interesse nell'opportuna proiezione. Per quanto riguarda l'articolazione del ginocchio sono stati studiati il legamento patellare in proiezione assiale, i legamenti crociati anteriore e posteriore in proiezione sagittale ed i legamenti collaterale mediale e laterale in proiezione coronale, mentre per il gomito abbiamo studiato i legamenti collaterale ulnare e radiale in proiezione coronale.

I dati relativi al campione medico legale sembrano non dimostrare alcun rapporto tra la disposizione dei gas putrefattivi e la tana-

to cronologia, non confermando i modelli di distribuzione dei gas putrefattivi riportati in letteratura fino ad ora. Sembra, infatti, non esserci un rapporto tra i valori di densità rilevati e l'epoca di morte dei soggetti presi in esame. Troppe sono le variabili che influenzano il processo putrefattivo soprattutto in quella che è la routine e la pratica medico legale, i nostri, infatti, possono essere considerati dei casi estremi, privi di controllo. Lo studio tanatologico e la TC, per quanto quest'ultima sia stata utile nella definizione della presenza di gas nelle salme, si sono quindi dimostrati poco utili nella datazione dell'epoca di morte in ambito medico legale. Lo studio dei legamenti ed del cedimento articolare nel post-mortem sembrano, invece, utili nella definizione dell'epoca di morte. Sembra, infatti, esserci una proporzionalità diretta tra il grado di dissoluzione dei legamenti studiati ed il tempo intercorso dalla morte dell'individuo. In particolare, nell'articolazione del ginocchio la componente dei legamenti crociati anteriore e posteriore sembra confermare la natura persistente dell'articolazione, questi, infatti, tendono a permanere a lungo dopo la morte ed a mantenere le articolazioni in rapporto stretto. Il legamento rotuleo, secondo letteratura articolazione labile, sembra invece permanere particolarmente a lungo nel post-mortem. Caso emblematico quello della salma di un uomo sottoposto a tanatoprassi ed esumato a distanza di 142 anni dalla morte i cui unici legamenti conservati sono proprio i patellari. Per quanto riguarda l'articolazione del gomito non abbiamo potuto ottenere informazioni sufficienti tramite l'indagine TC a causa della particolare posizione assunta dagli arti superiori delle salme prese in esame, che molto spesso non sono entrati nel gantry della TC. Possiamo estendere le osservazioni fatte fin

ora applicando ad esse la tafonomia, cioè la scienza che studia l'insieme dei processi che coinvolge i resti umani dalla decomposizione al rinvenimento, utile a determinare la modalità e dinamica del decesso e la modalità di sepoltura ( rituale, occultazione intenzionale...). L'osservazione, analisi e la registrazione della posizione assunta dai capi articolari delle articolazioni di ginocchio e gomito nei resti rinvenuti nella necropoli alto-medievale di Romans d'Isonzo ha permesso di confermare, infatti, la natura persistente dell'articolazione tibiofemorale come riportato in letteratura, mentre per quanto riguarda l'articolazione rotulea i nostri dati sembrano contraddire la letteratura a favore della sua natura persistente. L'altra articolazione presa in considerazione nel nostro studio è quella del gomito, i nostri dati sembrano confermare la sua natura persistente per la preminenza di ritrovamenti di capi articolari in rapporto stretto.

In conclusione i gas putrefattivi sono risultati scarsamente indicativi dell'epoca di morte, influenzati da molte variabili poco controllabili nella pratica medico legale.

I legamenti sembrano, invece, più utili alla definizione dell'epoca di morte in quanto presentano una progressiva degradazione in relazione al tempo trascorso dal decesso.

Lo studio delle articolazioni ha confermato la natura persistente dell'articolazione del gomito e della componente tibio-femorale del ginocchio; mentre si discosta invece dall'ipotesi enunciata in letteratura che l'articolazione femoro-rotulea sia labile.

Con le nostre osservazioni pensiamo di aver fornito un piccolo ma utile contributo a questi ambiti di studio. In futuro sarebbe auspicabile estendere lo studio ad altre articolazioni quali polso, caviglia, spalla, anca e colonna vertebrale.

#### **RIASSUNTO DELLA BIBLIOGRAFIA:**

*Duday H, Lezioni di archeotanatologia, archeologia funeraria ed antropologia di campo, 2005, Pisa University Press*

Egger C, Bize P, Vaucher P, Mosimann P, Schneider B, Dominguez A, Meuli R, Mangin P, Grabherr S, *Distribution of artifactual gas on post-mortem multi-detector computed tomography (MDCT)*, *Int J Legal Med*, 2011, DOI 10.1007/s00414-010-0542-5.

Haglund W D, Sorg MH, *Advances in forensic taphonomy, method, theory and archeological perspectives*. CRC Press, 2002.

Ishida M, Gonoi W, Hagiwara K, Takazawa Y, Akahane M, Fukuyama M, Ohtomo K, *Intravascular gas distribution in the upper abdomen of non-traumatic in-hospital death cases on post-mortem computed tomography*, *Legal Medicine* 13 (2011) 174-179.

### **Svuotamento selettivo del collo per trattamento dei linfonodi positivi nel carcinoma squamoso del tratto aerodigestivo superiore**

*Dr.ssa Jamile Karina Antonio*

#### **CONTESTO E OBIETTIVO**

Le metastasi linfonodali rappresentano il più significativo fattore prognostico nei pazienti con carcinoma squamoso del distretto collo e testa. Nel 1906, Crile capì l'importanza del trattamento adeguato delle metastasi linfonodali del collo nei tumori della testa e del collo e fu il primo a proporre, in modo sistematico, lo svuotamento radicale del collo. Attualmente, l'intervento radicale del collo, con esportazione della vena giugulare, muscolo sternocleidomastoideo e nervo accessorio spinale (XI° nervo cranico) è praticamente limitata a metastasi fisse con rottura capsulare, in cui la compromissione di strutture extra-linfatiche è evidente, oppure nei casi di recidiva regionale del tumore.

Lo svuotamento radicale modificato del collo (MRND), ossia con preservazione delle strutture sopra descritte, fu posteriormente introdotta e rappresenta oggi il trattamento classico per le metastasi del collo nel carcinoma squamoso (SCC) del tratto aerodigestivo superiore. Tuttavia, anche questo tipo di svuotamento può essere accompagnato da signifi-

cative sequele estetiche e funzionali per il paziente.

Un'alternativa al trattamento del collo con linfonodi positivi (N+) potrebbe essere lo svuotamento selettivo del collo (SND), tuttora classicamente indicato per pazienti senza metastasi linfonodali (N0) all'esame clinico e radiologico pre-operatorio, ma con alto rischio di svilupparli. Questo tipo di terapia chirurgica del collo, in cui sono esportati soltanto i livelli linfonodali più frequentemente compromessi per ogni sito primitivo di malattia, ha sicuramente una minore incidenza di sequele.

Alcuni studi hanno dimostrato che l'uso di svuotamenti più limitati del collo N+, in casi selezionati, sembrano non peggiorare il prognostico e il tasso di sopravvivenza dei pazienti. Quindi lo SND potrebbe essere una valida terapia chirurgica per trattare il collo N1 (uno unico linfonodo cervicale minore di 3 cm) senza rottura capsulare.

Ancora oggi questo tipo di trattamento rimane controverso e richiede ulteriori studi per chiarire i dubbi.

L'obiettivo di questo studio è definire quali di metastasi sarebbero idonee allo SND.

#### **PAZIENTI E METODI**

Trattasi di uno studio retrospettivo su pazienti trattati per SCC del tratto aerodigestivo superiore (cavità orali, faringe e laringe) con SND o MRND nel Riparto di Chirurgia di Testa e Collo della "Faculdade de Ciencias Medicas da Santa Casa de Sao Paulo - Brasile (FCMSCSP)" dal 1990 al 2001.

Abbiamo studiato retrospettivamente 67 pazienti, divisi in due gruppi. Gruppo 1: 47 pazienti trattati con SND - linfonodi negativi (pN0), n=36; o positivi (pN+), n=11; Gruppo 2: 20 pazienti trattati con MRND (tutti pN+).

E stata osservata la evoluzione clinica nei due gruppi quanto a recidiva cervicale e sul sito primitivo, sopravvivenza e la presenza di infil-

trazione angiolinfatica, nervosa oppure la presenza di rottura capsulare. I dati sono stati trattati statisticamente con la analisi multivariata (parametrica e non parametrica), Test di chi-quadrato e Coefficiente di Burnaby.

Il periodo di osservazione dei pazienti è stato come minimo di 2 anni.

## RISULTATI

L'età non è statisticamente relazionata con la ricorrenza di malattia nel collo ( $p=0,07$ ), ma i pazienti più anziani (sopra i 61 anni) sembrano avere una probabilità più grande di ricorrenza cervicale e una peggiore prognosi.

Quanto al sito primitivo di malattia, i pazienti con SCC di faringe hanno avuto una possibilità più grande di recidiva cervicale ( $p=0,05$ ).

Valutando i gradi di differenziazione tumorale, stadio clinico e recidiva linfonodale, non è stata trovata nessuna differenza fra i gradi di differenziazione e la presenza di recidiva cervicale, e fra lo stadio clinico e la ricorrenza regionale della malattia.

Già lo stadio istologico è relazionato con una peggiore evoluzione della malattia. Infatti tutti i pazienti deceduti per la malattia erano allo stadio patologico III o IV.

Quanto al tipo di terapia offerta ai pazienti, non abbiamo trovato differenza significativa nella sopravvivenza dei pazienti con collo N+ trattati con SND o MRND ( $p>0,05$ ), ma era statisticamente diversa la sopravvivenza dei pazienti N+ e N0, essendo nettamente migliore in questi ultimi ( $p<0,01$ ).

La presenza di recidiva cervicale è stata statisticamente un fattore di peggioramento della prognosi del paziente, essendo il decesso osservato in quasi 100% dei casi ( $p<0,01$ ).

## DISCUSSIONE

La corretta diagnosi e l'adeguato trattamento delle metastasi cervicale sono fonda-

mentale per la sopravvivenza dei pazienti e hanno come obiettivo principale evitare la ricorrenza regionale della malattia. In contropartita, gli interventi più radicali, che non hanno un reale impatto sulla sopravvivenza dei pazienti, dovrebbero essere evitati a causa della grave morbo/mortalità post e perioperatorie osservata.

Alcuni studi hanno recentemente dimostrato che lo SND può essere una valida scelta per pazienti selezionati con metastasi linfonodali limitate (con stadio cervicale  $< N2a$  e senza rottura capsulare).

La faringe è il sito primitivo dove più frequentemente si osserva lo sviluppo di recidiva cervicale dopo il trattamento iniziale del tumore (chirurgia o chirurgia/radioterapia). Questo può suggerire che questi pazienti devono essere sottoposti a interventi chirurgici più radicali, anche se presentano un'unica piccola metastasi.

Nonostante l'età non sia stata rilevata come un fattore statisticamente significativo di cattiva prognosi, il fatto che i pazienti più anziani abbiano presentato la probabilità più elevata di sviluppare recidiva cervicale può significare un altro fattore limitante per la terapia del collo con SND.

Altri studi (non il nostro per la limitata casistica) hanno anche trovato la presenza di rottura capsulare come fattore indicativo di cattiva prognosi, quindi questo è isolatamente un fattore che controindica l'uso dello SND.

La presenza di metastasi linfonodali è sicuramente il peggior fattore prognostico nei pazienti con SCC di collo e testa. Questo è chiaramente dimostrato dai risultati di questo studio, dove si osserva una sopravvivenza nettamente peggiore per i pazienti che presentano metastasi cervicale, indipendentemente dal trattamento offerto.

Come altri autori, anche noi abbiamo trovato che lo sviluppo di recidiva cervicale è relazionata al decesso del paziente in quasi 100% dei casi. Questo dato serve per enfatizzare l'im-

portanza di un trattamento già inizialmente adeguato per ogni ammalato, evitando così la necessità di eventuale terapia di salvataggio.

## CONCLUSIONE

**Possiamo concludere che lo SND è una terapia idonea per il trattamento dei colli N+, particolarmente N1, senza rottura capsulare e che pazienti anziani e/o con tumore primitivo in faringe, non sono probabilmente adatti a terapia con SND.**

## MEDICAL CURRICULUM IN GERMANIA

*Dr.ssa Irina Chernykh*

Gentili colleghi, con l'intenzione e la speranza di fornirvi delle informazioni utili ed interessanti, vi illustro brevemente la struttura del corso di laurea e della specializzazione in medicina in Germania. Io stessa ho terminato da poco i miei studi in medicina in Germania e mi sto preparando a proseguire la mia formazione qui in Italia.

Attualmente in Germania si può frequentare il corso in Medicina Umana in 35 Università pubbliche ed in un'Università privata.

I posti disponibili sono inferiori al numero dei candidati a frequentare i corsi di medicina, quindi l'ammissione è a numero chiuso. Il rapporto tra le candidature e le ammissioni varia sensibilmente da un'Università all'altra e di anno in anno, ed è in media di 6/1. Per i cittadini tedeschi e comunitari la candidatura, salvo che per l'università privata di Witten/Herdecke, ha luogo tramite la Fondazione per le Ammissioni alle Università (Stiftung für Hochschulzulassung - SfH o ZVS), che assegna il 96% dei posti disponibili in base a diversi criteri (quello decisivo è il voto alla maturità). In breve: nel 2012 il voto di maturità richiesto variava da 1,0 (equivalente a 100 o 100 e lode nella maturità italiana) a 1,5 (94 nella maturità italiana). Per i voti più bassi si potrà essere inseriti in delle liste di attesa

e può capitare di dover attendere fino a 12 semestri per poter essere ammessi. Il restante 4% dei posti viene assegnato agli ufficiali militari e a degli studenti dei paesi in via di sviluppo. I candidati extracomunitari devono presentare domanda di ammissione direttamente all'Università.

Fonti:

[www.hochschulstart.de/index.php?id=3633](http://www.hochschulstart.de/index.php?id=3633)  
[www.hochschulstart.de/index.php?id=2995](http://www.hochschulstart.de/index.php?id=2995) [per 2011]

Lo studio dura 12 semestri e 3 mesi ed è suddiviso in un corso di studi base ("Vorklinik"), un corso di studi principale ("Klinik") ed un anno di attività pratica in ospedale. Il corso di studi di base dura 4 semestri, fornisce i fondamentali in scienze naturali e termina con la prima parte dell'Esame di Stato ("Esame di Stato di Preclinica" detto anche "Physikum", costituito da 320 domande multiple choice e da 1 giorno di esame orale). Inoltre sono previsti 3 mesi di tirocinio infermieristico da svolgere nei periodi di ferie tra i semestri o prima dell'inizio dello studio, che sono una condizione necessaria per l'ammissione alla prima parte dell'Esame di Stato. In caso di mancato superamento, l'esame può essere ripetuto due volte. Dopo il superamento di questo esame si può iniziare la parte clinica del corso di studi. Questa è costituita da 6 semestri in cui vengono affrontate le materie fondamentali della medicina, apprese in lezioni, seminari e moduli di tirocinio. La gran parte delle lezioni pratiche viene svolta con un apprendimento bed-side. Anche in questa parte degli studi sono previsti 4 mesi di attività di tirocinio (detti "Famulaturen") da svolgere durante le ferie, 2 dei quali in un reparto ospedaliero, 1 mese in un ambulatorio o in uno studio medico ed 1 mese a scelta in una di queste strutture. In questi periodi di pratica hanno luogo i primi contatti prolungati con i pazienti e si apprendono alcune capacità pratiche (come le visite, i prelievi del sangue, le basi della diagnostica strumentale e la tenuta

della documentazione clinica).

Le materie cambiano da un'Università all'altra e prevedono un esame scritto e/o orale, che può anche essere suddiviso in più parti. In caso di bocciatura si hanno da 2 a 4 possibilità di ripetere l'esame, dopo di che si viene disimmatricolati.

Dopo aver superato tutti i test e gli esami nelle materie della parte clinica del corso di studi seguono 12 mesi di pratica suddivisi in 3 quadrimestri da svolgere nella Clinica Universitaria o in un ospedale od in uno studio medico abilitato ("Das Praktische Jahr"):

- 1 quadrimestre in medicina interna
- 1 quadrimestre in chirurgia
- 1 quadrimestre in una materia a scelta

Qui le conoscenze apprese negli studi devono essere applicate nella normale assistenza sanitaria dei pazienti. Gli orari di lavoro durante l'anno di pratica variano sensibilmente in funzione dell'ospedale e della materia scelti, sono di norma compresi tra le 30 e le 40 ore alla settimana e sono diversamente retribuiti. Dopo i 3 quadrimestri si presume che si sia raggiunta la maturità necessaria per affrontare l'Esame di Stato, tale da rendere possibile l'attività di medico specializzando dopo l'esame ("Assistenzarzt").

Il corso di studi si conclude con la seconda parte dell'Esame di Stato ("Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung", detto anche "Hammerexamen"). In questo esame vengono testate con prove scritte ed orali tutte le materie cliniche. Oltre alla parte scritta, in 3 giornate consecutive con 320 domande multiple choice, di cui il 50% su casi clinici, si hanno 2 giorni di esami orali e test pratici. Nel primo giorno dell'esame orale viene assegnato un paziente e si deve gestire il suo caso dalla visita per il ricovero alla terapia. Nel secondo giorno di esame orale si viene interrogati nelle materie medicina interna, chirurgia ed in una materia a scelta, più una o due materie tirate a sorte. Le commissioni d'esame

sono definite dall'Ufficio Esami Regionale (Landesprüfungsamt) in collaborazione con la Facoltà di Medicina e con l'Ordine Regionale dei Medici, ed è costituito da 4 medici qualificati provenienti da diverse strutture mediche della regione. Se non viene superato, questo esame può essere ripetuto due volte. Dopo il superamento di questo esame si può

- presentare una dissertazione, in parte prodotta durante gli anni di studi, per conseguire il dottorato di ricerca. Solo in tal caso viene conferito il titolo di Dott. med.

- presentare domanda per l'abilitazione come medico. L'abilitazione ("Approbation") è la condizione necessaria per l'esercizio illimitato della professione medica in Germania. Viene conferita su richiesta dall'amministrazione distrettuale ("Bezirksregierung") o da un ente da questa incaricato. Un elenco di questi enti è disponibile all'indirizzo [www.bundesaerztekammer.de/downloads/Approbationsbehoerden20110713.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Approbationsbehoerden20110713.pdf)

A tal fine si devono presentare un certificato di buona salute ed una fedina penale (possibilmente pulita).

Quindi si può essere assunti come medico specializzando e svolgere di norma una formazione della durata di 4-7 anni nella specializzazione scelta ("Facharzt Ausbildung"). La specializzazione viene svolta in un qualsiasi ospedale accreditato e non è quindi parte degli studi universitari. Per svolgere questa formazione è necessario concludere un contratto di lavoro. Negli ultimi anni in Germania si registra la tendenza di una crescente carenza di medici, cosicché la ricerca di un posto di medico specializzando si conclude di norma in tempi brevi. Vi possono essere eccezioni se si desidera lavorare in ospedali rinomati o in campi molto specifici. Gli stranieri, anche comunitari, devono essere in possesso di un permesso di lavoro emesso dalle autorità tedesche competenti. Per i neolaureati in medicina delle Università tedesche e per gli italiani interessati a specializzarsi in Germania si consiglia di contattare direttamente gli ospeda-

## Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	3
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	4
<i>L'arte del medico e la Cybermedicina</i>	5
<i>Uso di telefonini cordless e cellulari. Possibile insorgenza di gravi patologie tumorali</i>	9
<i>Sicurezza dei pazienti e degli operatori</i>	13
<i>PEC - Indice nazionale degli indirizzi</i>	15
<i>Convenzione OMCeO Gorizia con ARUBAPEC</i>	15
<i>Gino de Finetti</i>	16
<i>La responsabilità dei medici per la sostituzione con farmaci equivalenti</i>	17
<i>Salute last minute on line</i>	19
<i>Una distorsione di rapporto</i>	19
<i>Annuncio dell'AMCI</i>	20
<i>Il Vescovo si commiata dai Medici Cattolici</i>	21
<i>Abstract delle tesi di laurea ed articoli dei neoiscritti all'Ordine</i>	23
<i>Medici sostituiti</i>	29

**Direttore responsabile:**

Dr. Adriano Segatori

**Comitato di redazione:**

Il Consiglio dell'Ordine

**Presidente:**

Dr.ssa Roberta Chersevani

**VicePresidente:**

Dr. Albino Visintin

**Segretario:**

Dr. Fulvio Calucci

**Tesoriere:**

Dr.ssa Liliana Foghin

**Consiglieri:**

Dr.ssa Marcella Bernardi

Dr. Antonio Colonna

Dr. Paolo Coprivez

Dr. Max Degenhardt

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr.ssa Silvia Marizza

Dr.ssa Leila Tomasin

**Commissione Albo Odontoiatri:****Presidente:**

Dr.ssa Paolo Coprivez

**Componenti:**

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr.ssa Monica Massi

Dr.ssa Claudia Sfligoj

Dr. Lorenzo Spessot

**Collegio dei Revisori dei Conti:****Presidente:**

Dr. Lucio Medeot

**Componenti effettivi:**

Dr. Paolo Cappelletto

Dr. Pierluigi Ceccarello

**Componente supplente:**

Dr.ssa Francesca Verginella

**Proprietario:**

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

*Per gli iscritti all'Ordine***Consulenza fiscale****Dott. Vittorio Gradenigo**

P.zza Vittoria 41, 34170 Gorizia

Tel. 0481 534787 / Fax 0481 30111

E-mail egoserv@tmedia.it

**Consulenza legale****Avv. Alberto Tofful**

Via Morelli 34, 34170 Gorizia

Tel. 0481 33367 / Fax 0481 34778

E-mail altofful@tin.it

**Avv. Rossanna Gregolet**

Via IX Giugno 103, 34074 Monfalcone

Tel. 0481 412414 / Fax 0481 419490

E-mail rgregolet@tiscalinet.it

**Segreteria: Orari di apertura al pubblico**

lunedì:	10.00-14.00	
martedì:	10.00-13.00	16.30-19.00
mercoledì:	10.00-14.00	
giovedì:	10.00-14.00	16.30-19.00
venerdì:	10.00-13.00	

www.ordinemedici-go.it

e-mail: ordmedgo@libero.it

tel. 0481 531440 fax 0481 534993

Novembre 2012

copia omaggio

anno 12 n. 2

n. 300 del Registro dei Periodici

iscritto al Tribunale di Gorizia

Periodico quadrimestrale distribuito a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Gorizia e a tutti gli Ordini d'Italia. È organo ufficiale di stampa dell'Ordine e pertanto le notizie pubblicate hanno carattere di ufficialità e di avviso per tutti i colleghi. Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di congressi e manifestazioni devono pervenire all'Ordine almeno due mesi prima della data di pubblicazione. I colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli sono pubblicati a giudizio del Comitato di Redazione.

AVVERTENZA: il Bollettino tratta una materia di interesse professionale riportando argomenti e fatti che potrebbero determinare in coloro che sono estranei alla categoria degli apprezzamenti non equilibrati. Il Bollettino è scritto per gli iscritti agli Albi, non è quindi una pubblicazione per sale di attesa. Gli articoli firmati non comprendono la responsabilità degli altri componenti il comitato di redazione.