

Bollettino

n. 1/2016

**Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Gorizia**

ATTENZIONE!!!
CONTIENE INVITO ALL'ASSEMBLEA
ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2016



Editoriali dei Presidenti



“Ben lungi dall’essere la “minore” della Quattro Virtù Cardinali, la Temperanza è, in un certo senso, quella che riguarda l’essere umano più da vicino: le altre, infatti -Prudenza, Giustizia e Fortezza- riguardano la relazione con gli altri; la Temperanza, invece, riguarda l’Uomo in se stesso, nella sua struttura fondamentale e nel suo divenire persona. Si può esercitare la Prudenza, la Giustizia o la Fortezza solo relazionandosi con l’altro: ma, per la Temperanza, bisogna imparare a relazionarsi armoniosamente con se stessi. Ed è il compito più alto che ci si possa porre nella vita”.

Devo la scelta della copertina e del tema Temperanza alla sensibilità, cultura e disponibilità dell’amico Albino Visintin. Mi chiedo se la scelta derivi dalla bellezza del mosaico sito nella Basilica di San Marco, a Venezia.

Mi porta a parlarne nel mio editoriale, cercando un collegamento alla condizione medica attuale. Sempre meno medici, molto maltrattati, per l’assenza di nuovi contratti, di turnover, di recuperi; sempre più anziani, sempre più affaticati e a disagio. Sempre più giudicati e poco compresi.

Una reazione forte di protesta sarebbe giustificata, ma la grande temperanza che li contraddistingue consente solo timide minacce di sit-in, o di scioperi lontani nel tempo.

Non solo Temperanza, ma necessariamente anche Giustizia e Fortezza.

Quella giustizia che ci porta a prendere posizione per la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale, per il cessare dei conflitti, per la disponibilità dei nuovi farmaci, per la difesa dell’ambiente - determinante di salute, per il contrasto alle disuguaglianze nell’accesso alle cure.

Medici mediatori, che si relazionano con gli altri, sempre in prima linea, a sostegno della relazione di cura.



Per questo serve fortezza, che deriva dalla consapevolezza di svolgere un ruolo importante, unico, insostituibile; che nasce dal continuo contatto con la malattia, e la morte, fonti di crescita e di maturità.

Esiste spazio anche per la Prudenza, di tutti i giorni, valutando con ponderazione, precauzione e saggezza, ciò che è opportuno fare o non fare, per evitare rischi inutili.

A questi medici e alle loro virtù io dico grazie, continuando in un percorso che spero possa difendere e rafforzare la professione.

Roberta Chersevani



Cari amici,
anche l'anno che si sta chiudendo ha visto da più punti continui attacchi alla nostra professione.

Norme vessanti per l'autorizzazione degli Studi, ventilate figure di "Odontoprotesista" laureato (o sanato) che può lavorare sui pazienti, direttamente, igieniste dentali autonome dallo studio odontoiatrico, pubblicità pornografiche e così avanti.

Qualche giorno fa la CAO Nazionale in sintonia con tutti i presidenti provinciali ha presentato un esposto-denuncia all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato in relazione al proliferare di siti web, indicandoli specificatamente, che sempre più spesso pubblicizzano tecniche e metodiche non supportate scientificamente ma soprattutto trasmettono messaggi che appaiono ingannevoli per il corretto esercizio stesso della professione di odontoiatra.

È il caso, tra gli altri, del sito "Dentista Manager", in cui si potrebbe ravvisare addirittura un vero e proprio favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica (sanzionato penalmente dall'art. 348 del c.p.)

In esso, al di là delle assurde considerazioni sulla sostanziale inutilità a svolgere e superare il corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria per esercitare la professione, con palese disprezzo della tutela della salute dei cittadini, si sostiene che lo strumento delle società tra professionisti permetterebbe agli odontotecnici di iscriversi all'Albo degli Odontoiatri esercitando la relativa professione.

Tale messaggio è veramente ingannevole poiché nell'atto costitutivo delle Stp (Società tra professionisti) deve essere specificato che l'esecuzione dell'incarico professionale conferito alla società, deve essere eseguito solo dai soci in possesso dei requisiti per l'esercizio della prestazione professionale richiesta.



Nel decreto ministeriale sono, inoltre, stabilite tutta una serie di garanzie affinché le prestazioni siano eseguite dai soci in possesso dei requisiti per l'esercizio della professione. La Stp deve, inoltre, consegnare al cliente l'elenco scritto dei singoli soci professionisti, con l'indicazione dei titoli o delle qualifiche professionali di ciascuno di essi nonché l'elenco dei soci con finalità di investimento.

Ecco perché è stato richiesto un intervento repressivo da parte dell'autorità garante al fine di ripristinare la correttezza nei messaggi pubblicitari che potrebbero provocare un grave danno al rispetto della normativa e soprattutto alla difesa della salute dei cittadini.

Per quanto riguarda noi, continueremo in sintonia con le maggiori sigle sindacali a garantire una costante azione per fare in modo che la nostra continui ad essere **UNA PROFESSIONE** senza alcuna concessione a chi vorrebbe che diventassimo venditori di denti .

Gianfranco Ferrari



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



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2016

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione
sabato 17 dicembre 2016 alle ore 23.00 presso
la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Domenica 18 DICEMBRE 2016 alle ore 11.00
presso l'Azienda Agricola CASTELVECCHIO
via Castelnuovo 1 Sagrado (GO)**

Ordine del giorno:

1. Relazione del Tesoriere e dei Revisori dei Conti
2. Esame ed approvazione del Bilancio Consuntivo 2015
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2017

Seguirà la presentazione del Protocollo d'Intesa Medici-Avvocati siglato dalla FNOMCeO e dal Consiglio Nazionale Forense.

Al termine verranno festeggiati i nostri Colleghi che hanno compiuto 50, 60 e più anni di Laurea e i giovani Medici che faranno il Giuramento Professionale.

Alle ore 9.30 si terrà il Corso di formazione in modalità residenziale **"La lettura critica dell'articolo medico-scientifico"** accreditato ECM con 5 C.F. per il 2016.

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 2017 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 17/12/2016 (prima convocazione) e del 18/12/2016 (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.

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Documento sui vaccini

Nella storia della medicina i vaccini rappresentano una delle più grandi vittorie sulle malattie e sono tra i presidi più efficaci mai resi disponibili per l'uomo. La prevenzione e la scomparsa di malattie infettive, in passato tra i più terribili flagelli dell'umanità, costituiscono un successo senza pari e, senza dubbio, il più gran numero di vite salvate grazie alla scienza medica. Ed è forse la scomparsa del confronto quotidiano con le conseguenze mortali o invalidanti di tante malattie, dovuta alla scoperta dei vaccini e delle terapie antibiotiche, che ha indotto la cittadinanza a credere che il successo sulle malattie infettive fosse definitivo.^{1,2,3}

Statistiche raccolte negli USA dimostrano che le vaccinazioni hanno ridotto di più del 99% molte gravi malattie: del 100% polio paralitica, difterite³ e vaiolo, del 99% rosolia, rosolia congenita, morbillo, del 95% parotite, del 92% tetano e pertosse.^{1,2} Solo riferendosi a 7 dei 12 vaccini raccomandati sono state prevenute 33000 morti e 14 milioni di casi malattia per ogni coorte di nuovi nati, con un enorme risparmio anche in termini di costi. Ricordiamo altresì gli episodi epidemici di difterite in Russia, nelle repubbliche ex sovietiche, in Belgio e in Germania, di polio in Siria e in Olanda in comunità religiose che rifiutano le vaccinazioni, i casi di morbillo in California, i tanti Paesi in cui sono endemiche patologie scomparse laddove si è vaccinato in quantità sufficiente; a causa di questi episodi non si è potuto raggiungere l'obiettivo della scomparsa globale di malattie gravissime che anzi sono ricomparse col loro carico di mortalità. Dopo due secoli di lento ma inesorabile avanzamento delle vaccinazioni e di quasi comple-

ta eradicazione di molte e terribili malattie, si assiste ora ad una regressione della copertura vaccinale derivante non solo da opposizioni marginali e saltuarie, ma da una crisi profonda del rapporto fra razionalità medica e opinione pubblica. Una crisi che investe il rapporto tra scienza e società, oscillante fra le illusioni di una tecnologia miracolosa e il timore o la delusione degli effetti negativi di questa, quasi spingendo alcuni verso il ritorno ad una pretesa naturalità, una età dell'oro, quando, come scriveva Hobbes "la vita era breve, povera, brutale e rozza". Non bisogna invece dimenticare che l'incredibile aumento dell'aspettativa di vita in buona salute, nonostante gli inevitabili rischi ambientali legati alla moderna produzione agricola e industriale, è dovuto anche all'enorme numero di giovani vite salvate dalla diffusione delle vaccinazioni.^{1,2,4}

Inoltre le terapie vaccinali hanno un ulteriore grande spazio di miglioramento e basta ricordare le promesse delle vaccinazioni terapeutiche, dell'immunoterapia e dei vaccini che prevengono lesioni precancerose che aprono spazi enormi al miglioramento della salute. Nonostante questo i vaccini che storicamente hanno subito attacchi inutili e dannosi ora sono nuovamente contestati.

Le ragioni sono molteplici:

- la irrazionalità diffusa per cui le dimostrazioni ragionevoli e scientifiche sembrano al contrario rafforzare le persone diffidenti nel preesistente pregiudizio;^{4,5}
- l'individualismo prevalente, che porta a dimenticare gli obblighi verso la collettività;
- la crisi di autorevolezza dei medici e la frustrazione che nasce da tante promesse non mantenute dalla medicina;
- l'uso estesissimo di internet, in cui pre-

valgono informazioni contraddittorie e ascientifiche, che spinge all'ostracismo verso i vaccini le persone più colte e abituate all'uso della rete;

- il tipico errore per cui di fronte a un rischio per quanto altamente improbabile (la reazione avversa da vaccino) si trascura un vantaggio certo (l'immunizzazione rispetto ad una grave malattia) lasciandosi guidare più da diffidenze o sospetti che da prove scientifiche;³
- l'allarme sociale per i pregressi danni da vaccino, ora estremamente rari, che tuttavia fanno dimenticare le epidemie verificate ovunque si sia abbandonata o ridotta la pratica vaccinale;
- le informazioni contraddittorie presenti troppo spesso sui mass media;
- la scarsa formazione alla scienza nel nostro Paese, cioè alla valutazione dei dati e dei fatti rispetto alle opinioni indimostrate, da cui una diffusa adesione a credenze nate da una scarsa conoscenza della metodologia scientifica;
- la difficoltà che i programmi vaccinali trovano nel raggiungere i gruppi emarginati e deprivati.

A tutto ciò dobbiamo aggiungere la pervasiva diffidenza verso le istituzioni che porta a dare ascolto agli imbonitori di turno e alle teorie del complottismo, espressione di uno scetticismo radicale nei confronti dei cosiddetti poteri forti; il ruolo fuorviante di medici "alternativisti"; la quotidiana presenza di ciarlatani che vantano scoperte rivoluzionarie, che curano malattie incurabili e che si lamentano di essere avversati e marginalizzati dall'alleanza tra scienza e multinazionali dedite al profitto. Personaggi che non pubblicano nessun dato, che non si rivolgono alla letteratura specializzata, che rifuggono da ogni conferma statistica e il cui parere peritale spesso condiziona anche la magistratura. Mentre negli ultimi tempi i mass media sembrano più cauti sus-

siste la tendenza, specialmente su internet, a una falsa par condicio, per cui le evidenze prodotte dalla scienza e le invenzioni truffaldine sono messe sullo stesso piano, quasi per un democratico confronto.

I vaccini sono tra i farmaci più severamente controllati e garantiti riguardo ai profili di sicurezza, proprio perché predisposti per la somministrazione di massa a popolazioni sane o potenzialmente fragili come i neonati e gli anziani. I vaccini hanno raggiunto un grado di sicurezza assolutamente tranquillizzante, certificato attraverso un lungo percorso autorizzativo, coerente con le più stringenti normative internazionali in quanto prodotti secondo la più rigorosa metodologia, attraverso studi clinici sperimentali controllati e randomizzati, attuati spesso in doppio cieco versus placebo e sottoposti al controllo incrociato di esperti. Infine le attuali tecnologie produttive applicate a vaccini in uso da molti anni ne rendono sicura la somministrazione.⁶

È altresì conoscenza comune che le risposte alle più frequenti domande inerenti la somministrazione contemporanea di più vaccini, l'assenza di effetti negativi sul sistema immunitario e l'assoluta mancanza di legame tra vaccinazioni e altre malattie sono rigorosamente soddisfacenti.^{1,6,7,8,9} In particolare è fonte di meraviglia come una notizia palesemente falsa, il cui autore ha confessato il broglio, quale il rapporto tra vaccinazione e patologie dello spettro autistico, riscuota ancora successo sui media, segno di credulità e di assoluta incompetenza scientifica.^{10,11,12-19} Nonostante ciò si assiste a una falsa applicazione del principio di precauzione che, al contrario, è utile per difendere uno strumento che previene la malattia attraverso dosi infinitesimali di antigeni.

In conclusione siamo di fronte a un quadro



preoccupante in cui la scienza medica e la politica debbono reagire insieme a tutela della collettività. Occorre muoversi non solo sul piano del richiamo ai risultati veri e concreti della medicina ma anche rivolgersi all'immaginario collettivo per superare l'endemico disinteresse per la scienza che, per inciso, si manifesta anche con il sottofinanziamento della ricerca, con la fuga dei cervelli e con il successo di improvvisati guaritori.

La Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri propone:

- 1) di intensificare la campagna per l'adesione del personale sanitario alla vaccinazione;
- 2) di intensificare le campagne per valorizzare il ruolo del medico nella promozione delle vaccinazioni;
- 3) di riconfermare l'obbligo dei medici di collaborare all'attuazione dei provvedimenti di sanità pubblica;
- 4) di migliorare la comunicazione in ambito vaccinale nei confronti dei cittadini-utenti per favorire la partecipazione attiva e consapevole della popolazione ai programmi vaccinali;
- 5) di garantire l'omogeneità delle campagne vaccinali a livello nazionale;
- 6) di dare il massimo impulso alla vaccinazione nei primi mesi di vita al fine di prevenire patologie potenzialmente gravissime e di assicurare un efficiente sistema di avviso e di richiamo degli appuntamenti vaccinali per diminuire i casi di incompleta vaccinazione;
- 7) di sostenere tutte le normative regionali e nazionali tendenti a riaffermare la necessità della vaccinazione, attraverso provvedimenti che accertino validamente il dissenso dei genitori, l'assunzione di responsabilità rispetto ai rischi dei figli, la impossibilità dei figli a frequentare la scuola durante i periodi epidemici, la non iscrivibilità all'asilo nido, ed eventualmente l'assicurazione

- contro danni da mancata vaccinazione;
- 8) di chiamare, al raggiungimento della maggiore età, i soggetti non vaccinati per illustrare la loro situazione immunitaria e raccogliere il loro orientamento decisionale;
- 9) di sollecitare lo Stato e le Aziende produttrici di vaccini a dare il massimo supporto alla ricerca;
- 10) di sollecitare il Governo all'adozione di provvedimenti sulla estensione delle vaccinazioni a chiunque sia presente sul territorio nazionale e sulla predisposizione di linee guida per le campagne vaccinali attraverso i mass media;
- 11) di favorire il superamento dell'evidente disallineamento tra scienza e diritto, auspicando che i magistrati intervengano in tema di salute recependo nelle loro sentenze la metodologia della evidenza scientifica;
- 12) di sollecitare, di fronte al possibile ripetersi di sentenze che stabiliscono per giurisprudenza la correlazione tra vaccini e autismo fondate su singole attestazioni mediche, il Ministero della Salute e le autorità competenti a presentarsi in giudizio in collaborazione con il Pubblico Ministero e ad impugnare siffatti provvedimenti con effetto immediato fin dal primo grado di giudizio;
- 13) di favorire un'alleanza con i cittadini e i decisori pubblici per gestire correttamente il sovraccarico di informazioni fuorvianti, distorte o illusorie o in mala fede presenti su internet e di preparare consiglieri scientifici dei politici e dei mass media tali da riportare il dibattito nei limiti della correttezza metodologica;
- 14) di formare ricercatori e medici alla divulgazione scientifica, onde migliorare le basi cognitive con cui i cittadini affrontano le notizie scientifiche;
- 15) di uniformare gli standard delle strutture pubbliche per la somministrazione vaccinale e di fornire periodiche valutazioni epidemiologiche inerenti le malattie prevenibili mediante vaccinazione.



Solo in casi specifici, quali ad esempio alcuni stati di deficit immunitario, il medico può sconsigliare un intervento vaccinale. Il consiglio di non vaccinarsi nelle restanti condizioni, in particolare se fornito al pubblico con qualsiasi mezzo, costituisce infrazione deontologica.

I medici ricordano che secondo la Costituzione della Repubblica la tutela della salute dell'individuo rappresenta un interesse della collettività. Tale imperativo costituzionale si attaglia ai vaccini che, proteggendo il singolo dalla possibile comparsa di gravi malattie, tutelano la comunità attraverso il cosiddetto effetto gregge, che si realizza quando una percentuale variabile tra l'85% e il 96%, a seconda della contagiosità della malattia, induce una riduzione fino alla cessazione della circolazione degli agenti patogeni. Questi concetti della medicina moderna, che hanno salvato centinaia di milioni di vite umane, non possono essere trascurati.

È compito della Professione ricordarli ai medici, ai decisori politici e ai cittadini tutti.

Lo stato di salute della popolazione non è un dato definitivamente acquisito ma deve essere continuamente presidiato e difeso e ciò vale per ogni attentato che si voglia portare all'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

APPROVATO DAL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCeO ALL'UNANIMITÀ

Roma, 8 luglio 2016

BIBLIOGRAFIA

- 1) Rappuoli R, Vozza L. *I vaccini dell'era globale*. Zanichelli Bologna, 2009
- 2) Mantovani A. *Immunità e vaccini*. Mondadori Milano, 2016
- 3) Grignolio A. *Chi ha paura dei Vaccini?* Codice Edizioni Torino, 2016
- 4) Galazka A. Dittmann *Implication of the diphtheria epidemic in the former Soviet Union for immunization programs* J Infect Disease 181 (supplement 1), S244-S248
- 5) Omer S.B., Salmon D.A., Orenstein W.A. et al. *Vac-*

cine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases N Engl J Med 2009; 360:1981-1988

6) Tozzi A.E., Bisiacchi P. et al. *Neuropsychological Performance 10 Years After Immunization in Infancy With Thimerosal-Containing Vaccines*. Pediatrics.2009; 123: 475-482

7) Baker J.P. *Mercury, vaccines, and autism: one controversy, three histories*. Am J Publ Health 2008; 92:244-53

8) DeStefano F., Price C.S., Weintraub E.S. *Increasing exposure to antibody-stimulating proteins and polysaccharides in vaccines is not associated with risk of autism*. The Journal of Pediatrics, 2013;163(2):561-7.

9) Thompson W.W., Price C. et al. *for the Vaccine Safety Datalink Team Early Thimerosal Exposure and Neuropsychological Outcomes at 7 to 10 Years* NEJM 2007; 357:1281-1292

10) Wakefield A.J., Murch S.H., Anthony A., Linnell, Casson D.M., Malik M, et al. *Ileal lymphoid nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children* [retracted]. Lancet 1998;351:637-41.

11) Godlee F., Smith J., Marcovitch H. *Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent* BMJ 2011; 342:c7452. (Errata BMJ 2011;342:d1678)

12) Deer B. *How the case against the MMR vaccine was fixed*. BMJ, 2011; 342 (jan05 1): c5347

13) DeStefano F. *Vaccines and autism: evidence does not support a causal association*. Clin Pharmacol Ther 2007 Dec;82(6):756-9.

14) DeStefano F., Thompson W.W. *MMR vaccine and autism: an update of the scientific evidence*. Expert Rev Vaccines 2004; 3(1):19-22.

15) Farrington C.P., Miller E., Taylor B. *MMR and autism: further evidence against a causal association*. Vaccine 2001; 19(27):3632-5.

16) Jain A., Marshall J., Buikema A. et al. *Autism Occurrence by MMR Vaccine Status Among US Children With Older Siblings With and Without Autism* JAMA 2015; 313:1534-1540

17) Madsen K.M., Hviid A., Vestergaard M., et al. *A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism*. N Engl J Med. 2002; 347(19):1477-82.

18) Honda H., Shimizu Y., Ritter M. *No effects of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study*. J Child Psychology Psychiatry 2005; 46:572-79

19) Iqbal S., Barile J.P., Thompson W.W., DeStefano F. *Number of antigens in early childhood vaccines and neuropsychological outcomes at age 7-10 years* Pharmacoepidemiol Drug Safety 2013;22:1263-70

Protocollo d'intesa tra la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e il Consiglio Nazionale Forense

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (di seguito FINOMCeO), con sede in Roma, Piazza Cola di Rienzo, 80/a, rappresentata dal suo Presidente Roberta Chersevani ed il Consiglio Nazionale Forense (di seguito CNF), con sede legale in Roma, via Arenula 70, presso il Ministero della Giustizia, e sede amministrativa in Roma, via del Governo Vecchio n.3, rappresentato dal suo Presidente Andrea Mascherin, di seguito congiuntamente definite anche "Parti",

Letto l'art. 32 della Costituzione volto a tutelare il diritto all'integrità psico-fisica di ogni individuo, quale diritto inviolabile ed assoluto, che comprende un bene primario oggetto di un diritto fondamentale della persona, immediatamente tutelabile ed azionabile sia nell'ambito dei rapporti con i poteri pubblici che nei confronti dei privati;

Letto l'art. 24 della Costituzione volto a tutelare l'invulnerabilità del diritto alla difesa di ogni individuo, che comprende necessariamente l'assistenza tecnica e professionale prestata dall'avvocato;

Letti il Codice di Deontologia Medica della FINOMCeO ed il Codice Deontologico Forense del CNF;

Letto l'art. 15 del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n.233 «Ricostruzione degli Ordini delle

professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse», così come modificato dall'art.6 della legge 24 luglio 1985, n.409, che chiama gli organi centrali della FINOMCeO a dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione, a vigilare sul piano nazionale alla conservazione del decoro e dell'indipendenza professionale, nonché a promuovere iniziative di aggiornamento e progresso culturale dei medici.

Letto l'art. 35, comma 1, lettera a) della legge 31 dicembre 2012, n. 247, «*Nuova disciplina dell'ordinamento della professione forense*», che attribuisce al CNF in via esclusiva la rappresentanza istituzionale dell'avvocatura a livello nazionale;

Letto l'art. 35, comma 1, lettera q) della legge 31 dicembre 2012, n. 247, che chiama il CNF a rendere pareri, su richiesta del Ministro della Giustizia, in merito a proposte e disegni di legge che interessino, anche indirettamente, la professione forense e l'amministrazione della Giustizia;

Letto l'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, che prevede la possibilità per le pubbliche amministrazioni di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;

considerato che Medici e Avvocati sono i

soggetti professionali ai quali l'Ordinamento giuridico affida la tutela di diritti costituzionali fondamentali quali il diritto alla salute ed il diritto alla difesa;

considerato che il CNF promuove studi e ricerche nel campo del diritto, curando l'informazione sulla propria attività e sugli argomenti di interesse per l'Avvocatura, promuovendo l'organizzazione di conferenze, seminari, convegni, manifestazioni ed eventi formativi, al fine di curare l'aggiornamento e la preparazione dei professionisti e tutelare l'affidamento della collettività e della clientela;

considerato che FNOMCeO assume iniziative culturali, etiche e professionali e promuove studi e ricerche tese a far crescere una coscienza comune tra i medici e gli odontoiatri italiani su temi relativi allo svolgimento dell'attività professionale, alle norme giuridiche ad esso connesse, curando in particolar modo, attraverso eventi formativi e di perfezionamento professionale mirati, la diffusione dell'informazione sui temi di volta in volta emergenti, sui piano nazionale, europeo e internazionale. Quanto sopra col fine di elevare le competenze professionali e la sensibilità sociale del ruolo della professione e mettere a disposizione dei cittadini professionisti in grado di offrire le migliori e più appropriate soluzioni professionali.

considerato che FNOMCeO e CNF intendono sviluppare una collaborazione per una maggior e più efficace tutela dei diritti fondamentali alla salute e alla difesa, e concordano, quindi, sull'opportunità di elaborare, sviluppare e condividere iniziative e progetti comuni sui temi dei diritti fondamentali alla difesa e alla salute, al fine di contribuire allo sviluppo di una comune cultura dei diritti

fondamentali e promuovere la corretta informazione sui principi e sui valori che informano le professioni di medico e avvocato;

considerato che Medici ed Avvocati, svolgono una imprescindibile funzione sociale espressamente protetta dalla Costituzione della Repubblica italiana;

considerato il valore giuridico, sociale e culturale della tradizione deontologica, quale espressione dell'autonomia dei Medici e degli Avvocati, organizzati in ordini professionali dalle Leggi della Repubblica;

considerato che le Rappresentanze istituzionali nazionali dei Medici e degli Avvocati condividono la necessità di valorizzare e di difendere i propri codici deontologici, e si propongono di diffondere la cultura dell'etica professionale nella società italiana, di valorizzarne le virtualità, potenzialità e di favorire la consapevolezza comune circa il ruolo positivo e propositivo che i sistemi deontologici possono assolvere nell'indirizzare le pratiche commerciali e le dinamiche di mercato verso soglie più elevate di coscienza etica e di più profondo rispetto per le situazioni giuridiche soggettive coinvolte nella giurisdizione e nella amministrazione sanitaria;

LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE:

Articolo 1

Oggetto e finalità

1. Con il presente Protocollo le Parti si impegnano per la realizzazione congiunta di azioni sinergiche al fine di avviare un percorso comune per la promozione di una più effi-

cace tutela dei diritti fondamentali alla salute e alla difesa e per la promozione della corretta informazione sui principi e sui valori che informano le due professioni.

2. Le Parti si impegnano, in particolare, a concordare iniziative comuni per il perseguimento dei seguenti obiettivi generali:

- lo sviluppo e l'elaborazione comune di progetti e di proposte concrete sui temi della tutela del diritto alla salute e del diritto alla difesa;
- l'adozione di iniziative comuni finalizzate a contribuire ad una più compiuta informazione sulla tutela dei diritti alla salute e difesa;
- una maggiore e più compiuta responsabilizzazione dei professionisti, nel loro obbligo morale, civile e deontologico di informare correttamente la collettività ed i cittadini che alla loro opera professionale si rivolgono **sia** dei doveri a fianco dei diritti a questi spettanti e **sia** dei diritti e dei doveri di pertinenza di Medici ed Avvocati nell'espletamento della loro professione, e ciò al fine di evitare distorsioni del sistema, valorizzando l'autonomia e i principi deontologici dei rispettivi Ordini professionali ed individuando obiettivi ed esigenze comuni;
- l'individuazione delle più idonee soluzioni per l'effettiva tutela dei diritti di difesa e salute;
- la promozione di una comune cultura dei diritti fondamentali.

Articolo 2

Dati e ricerche

1. Le Parti si impegnano a favorire il confronto e lo scambio di dati, documenti, informazioni, studi e ricerche al fine di realizzare una più stretta collaborazione per il raggiungi-

mento degli obiettivi di cui al presente Protocollo, con particolare riguardo alla tutela dei diritti fondamentali alla salute e alla difesa, alla valorizzazione dei principi e dei doveri deontologici propri dei rispettivi ordinamenti professionali, al rispetto delle regole di correttezza professionale.

2. Al fine di elaborare studi e proposte condivise, le Parti potranno avvalersi anche di organismi interni ai propri ordini e/o costituire organismi con specifica finalità individuati.

Articolo 3

Monitoraggio permanente sulla normativa e la giurisprudenza italiane ed europee in materia di diritto alla salute e diritto di difesa

Le Parti convengono di avviare un monitoraggio permanente della normativa e della giurisprudenza italiana e comunitaria in materia di tutela dei diritti fondamentali della difesa e della salute, e si riservano di individuare ed indicare, nell'ambito dei propri organismi interni e/o ad essi riconducibili, quelli che dovranno, congiuntamente, provvedere a tale incumbente.

Articolo 4

Diffusione di buone pratiche e della deontologia professionale

1. Le Parti si impegnano a favorire la più ampia condivisione delle buone pratiche in uso sul territorio nazionale e della cultura deontologica delle rispettive professioni, per promuovere la diffusione delle esperienze positive della cultura dei diritti fondamentali e della corretta informazione.

2. Le Parti si impegnano a collaborare, ciascuna nell'ambito delle proprie competenze, favorendo l'invio e lo scambio di segnalazioni relative alle disfunzioni e distorsioni rilevate in materia di tutela dei diritti fondamentali alla salute e alla difesa, con partico-

lare riferimento alla correttezza deontologica professionale.

3. Ai fini di cui al presente articolo, nonché al fine di presentare i risultati del monitoraggio di cui all'articolo precedente, le Parti si impegnano a promuovere eventi pubblici quali convegni e seminari, con la partecipazione dei rappresentanti di entrambe le professioni e l'intervento di personalità dall'elevato profilo scientifico.

Articolo 5

Collaborazione tra i due Ordini Nazionali

1. Le Parti si impegnano a promuovere la collaborazione per la realizzazione comune di programmi di formazione continua per gli iscritti dei rispettivi ordinamenti professionali (medici, odontoiatri, avvocati), per gli operatori sanitari e di giustizia nonché per gli altri soggetti interessati attraverso l'organizzazione di comuni iniziative e scambi culturali, incontri di studio e ricerca, la pubblicazione di studi e ricerche nelle materie oggetto di attività di formazione, al fine di contribuire allo sviluppo di una comune cultura dei diritti fondamentali di salute e difesa.

2. Le Parti si riservano di individuare ed indicare, nell'ambito dei propri organi interni e/o ad essi riconducibili, quelli che congiuntamente dovranno provvedere a tale incombenze.

Articolo 6

Progetto "Pratica dei diritti fondamentali"

1. Le Parti si propongono, anche favorendo la partecipazione di altre istituzioni, di elaborare ed attuare un progetto che coinvolga le istituzioni di istruzione scolastica primaria e secondaria, di I e II grado, statali e paritarie, ai fini della diffusione di una cultura della "pratica dei diritti fondamentali" attraverso percorsi di studio e di apprendimento, anche a carattere

multimediale, volti ad approfondire gli strumenti ed i mezzi a disposizione del cittadino per la tutela dei propri diritti fondamentali quali il diritto alla salute ed il diritto di difesa.

2. In particolare, il Progetto si propone di richiamare gli studenti al valore della salute, della legalità e del rispetto dei diritti e doveri, incentivando il senso civico, favorendo la conoscenza e la consapevolezza dei diritti umani, l'impegno profuso da Medici e Avvocati per contribuire alla loro protezione, l'illustrazione degli strumenti messi a disposizione dall'ordinamento per la loro tutela e i principi di una corretta deontologia professionale.

3. Ai fini della realizzazione del Progetto, le Parti convengono altresì di elaborare, diffondere e pubblicare una "Guida pratica dei diritti alla salute e alla difesa", che raccolga materiali e contributi in tema quali, a titolo esemplificativo, il giuramento di Ippocrate, l'impegno solenne prestato dall'Avvocato, i diritti dei cittadini e gli impegni dei professionisti.

Articolo 7

Modalità attuative e Referenti

1. Per l'attuazione degli obiettivi e delle finalità di cui al presente Protocollo e per le attività di verifica e di monitoraggio delle iniziative assunte, le Parti si avvalgono delle proprie strutture e dei propri uffici.

2. Entro trenta giorni dalla data di sottoscrizione del presente Protocollo, ciascuna Parte comunica il nominativo del/dei Referente/i per le attività connesse al presente Protocollo.

È facoltà di ciascuna Parte procedere in qualsiasi momento alla sostituzione del/i proprio/i Referente/i, dandone tempestiva comunicazione all'altra.

- 3.** Per il necessario supporto tecnico scientifico delle proprie attività, le Parti, con possibilità di coinvolgere organismi terzi e di utilizzare i contributi da questi provenienti, si avvarranno dei rispettivi Uffici studi;
- 4.** Ai fini di una migliore attuazione del presente Protocollo, la FNOMCeO, il CNF e i rispettivi Uffici studi collaboreranno l'uno con l'altro, favorendo il confronto e lo scambio di dati, documenti, informazioni, studi e ricerche relativi all'amministrazione ed all'esercizio della funzione giurisdizionale.

Articolo 8

Tavoli di lavoro paritetici

- 1.** Le Parti convengono, sin da ora, di istituire due tavoli di lavoro paritetici e permanenti sui temi dell'«*autonomia etica e deontologica*» e della «*responsabilità professionale dei medici e degli avvocati*».
- 2.** I componenti dei tavoli di lavoro di cui al comma precedente sono designati dal FNOMCeO e dal CNF.
È facoltà di ciascuna Parte procedere alla sostituzione dei propri rappresentanti, dando tempestiva comunicazione all'altra.
- 3.** Le Parti potranno istituire altri tavoli di lavoro paritetici, su temi di interesse comune, quali, a titolo esemplificativo, il monitoraggio della state di attuazione delle iniziative e dei risultati conseguiti, nonché le misure da adottare per la risoluzione delle problematiche e/o criticità eventualmente rilevate nel corso dei lavori.

- 4.** I tavoli paritetici saranno presieduti da componenti del CNF e della FNOMCeO, su basi paritarie e secondo la regola dell'alternanza.
- 5.** I tavoli così costituiti, ed in particolare i tavoli dedicati all'«*autonomia deontologica*» ed alla «*responsabilità professionale dei medici e degli avvocati*» organizzeranno almeno un evento l'anno di carattere seminariale e/o convegnistico, a livello nazionale, possibilmente di alto profilo scientifico, per porre all'attenzione della società civile e delle istituzioni i profili problematici e le questioni più attuali che concernono i rispettivi temi di interesse.

Articolo 9

Obblighi comuni

- 1.** Le Parti si impegnano a garantire la massima diffusione dei contenuti del presente Protocollo d'intesa e delle iniziative che da esso derivano nelle occasioni istituzionali.
- 2.** Si impegnano inoltre a favorire e incentivare relazioni e collaborazioni a livello territoriale in linea con i contenuti e gli obiettivi del presente Protocollo, quale, a titolo esemplificativo, la stipulazione di protocolli locali tra Ordini dei medici e Consigli dell'ordine degli avvocati, di contenuto analogo al presente protocollo.

Articolo 10

Durata e modifiche

Il presente Protocollo non ha scadenza e può essere, d'accordo tra le Parti, modificato in ogni momento.

Roma, 14 settembre 2016

IL PRESIDENTE DEL CNF
Avv. Andrea Mascherin



IL PRESIDENTE DEL FNOMCeO
Dr. ssa Roberta Chersevani



Biblioteca virtuale FNOMCeO-EBSCO un supporto per accedere al servizio



EBSCO

INFORMATION SERVICES

La **FNOMCeO** offre una opportunità formativa ai propri iscritti tramite una convenzione con la **EBSCO** Information Services di Boston, uno dei principali fornitori mondiali di banche dati di letteratura scientifica. A disposizione 2500 riviste full text tra medicina e odontoiatria e decine di migliaia di abstract. L'accesso è libero e completo a migliaia di articoli scientifici e sono 4000 le schede di educazione per il paziente su malattie, terapie, prevenzione, stili di vita. Questo progetto si configura come uno strumento decisionale e formativo e risponde alle più moderne esigenze in tema di aggiornamento e di comunicazione in quanto dà un supporto scientifico nel percorso di collaborazione e alleanza terapeutica. È la risposta scientifica della FNOMCeO alla questione appropriatezza e rappresenta una importante occasione di formazione per tutti i professionisti.

La **FNOMCeO** ha impiegato molte risorse per fare un investimento diretto sulla Professione e per i Professionisti in modo da offrire ai suoi iscritti un aggiornamento

scientifico e certificato, una formazione critica e le più recenti e accreditate competenze scientifiche.

Caratteristiche del progetto:

- ricerche specializzate
- supporto decisionale
- supporto per l'appropriatezza
- prodotto di affidabilità e di immediata consultazione
- opportunità per tutto il SSN
- strumento di aggiornamento anche per gli studenti di medicina

Come si usa la piattaforma:

Per la registrazione si accede dalla home del sito istituzionale Fnomceo cliccando sul banner Ebsco.

FNOMCeO sta anche realizzando un servizio di **tutorial** in italiano per una miglior comprensione dell'uso e della potenzialità delle singole banche dati:

- video tutorial di **Medline Complete**
- video tutorial di **Dentistry & Oral Sciences Source**
- video tutorial di **Dynamed Plus**



STUDIO EPIDEMIOLOGICO MULTICENTRICO SUI DISTURBI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPO-MANDIBOLARE E DELLA MUSCOLATURA MASTICATORIA IN ETÀ EVOLUTIVA

Dr. Luca Barlone

OBJECTIVE

Analizzare le correlazioni che intercorrono fra le più comuni variabili occlusali e disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare in soggetti in età evolutiva.

METHODS

Sono state considerate, in un campione totale di 469, le seguenti variabili dipendenti: rumore/dolore articolare, dolore massetere/temporale, bruxismo, cefalea. A queste sono state correlate attraverso una regressione logistica multipla le seguenti variabili indipendenti: classe molare, cross bite, dual bite, overjet, overbite e apertura massima. I soggetti avevano un'età di 10.5 ± 2.8 .

RESULTS

Le correlazioni con maggiore significatività clinica sono risultate quella fra il rumore articolare con il sesso e l'età e il dolore articolare con l'apertura massima e la cefalea con l'OVB.

DISCUSSION

Concludendo si può affermare che, non vi sia ancora una concordanza all'interno della comunità scientifica sui rapporti causa-effetto

che intercorrono fra TMD, occlusione, para-funzioni e cefalee. Saranno necessari ulteriori studi che ne indaghino le correlazioni al fine di stabilire dei protocolli clinici di larga diffusione.

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO ARITMICO NELLA CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA: ANALISI DEL REGISTRO DI TRIESTE

Dr. Thomas Caiffa

INTRODUZIONE

La morte cardiaca improvvisa (SCD) rappresenta la più temibile manifestazione della Cardiomiopatia Ipertrofica (CMI), con un'incidenza annua dello 0,5-1%. La stratificazione del rischio di SCD è uno dei punti cruciali nel *management* di tali pazienti e il corretto riconoscimento degli individui ad alto rischio, candidabili ad impianto di defibrillatore (ICD) in prevenzione primaria, è fondamentale. Recentemente la Società Europea di Cardiologia (ESC) ha proposto un nuovo score al fine di identificare pazienti con CMI ad alto rischio di sviluppare SCD.

SCOPI DELLO STUDIO

Valutare l'efficacia dello score prognostico quando applicato ai pazienti con CMI presenti nel Registro delle Malattie del Muscolo Cardiaco di Trieste. Lo score è stato calcolato per ogni paziente al momento della valutazione iniziale e durante i follow-up al fine di

ricercare associazioni tra sue variazioni ed evoluzione clinica della malattia, e valutarne sensibilità, specificità, valore predittivo positivo (VPP) e negativo (VPN).

METODI E RISULTATI

Sono stati arruolati 138 pazienti di età ≥ 16 anni, 21 dei quali impiantati con defibrillatore in prevenzione primaria. Ad un *follow-up* medio di 90 ± 51 mesi, l'*endpoint* combinato SCD/aritmie ventricolari maggiori/intervento appropriato ICD si è verificato in 10 pazienti. Solo tre di questi (30%) presentavano uno score di rischio $\geq 6\%/5$ anni, tale da porre raccomandazione di impianto ICD. Cinque (50%) invece sarebbero stati considerati a basso rischio secondo lo score, escludendoli pertanto dall'impianto del defibrillatore (fig.1). Nel sottogruppo di popolazione non impiantata con ICD, cinque

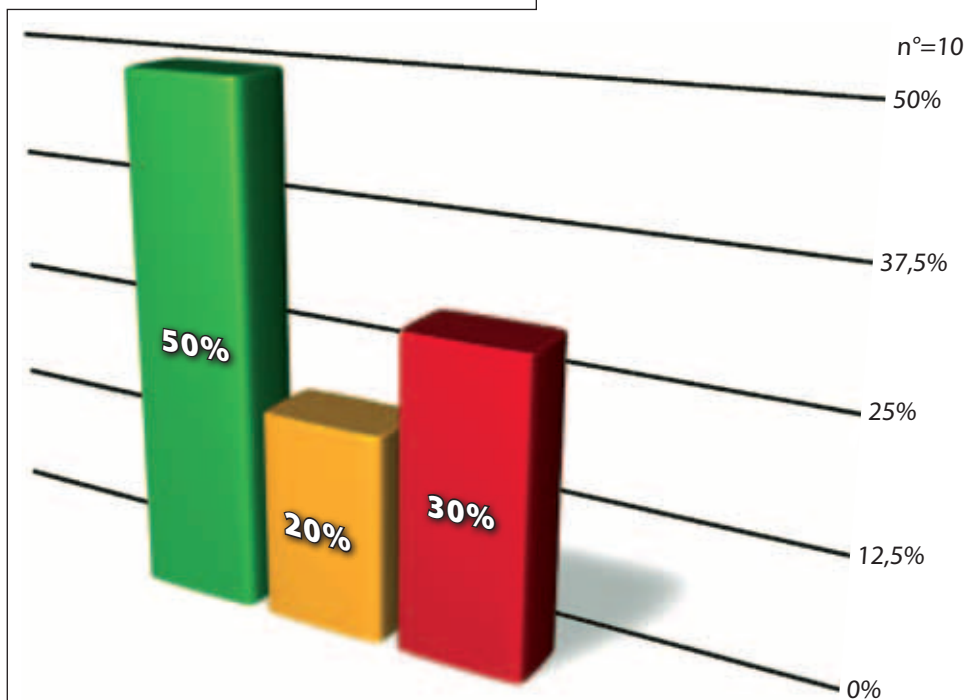
eventi di SCD/aritmie ventricolari maggiori sono state riportati, e addirittura quattro di questi (80%) collocati nella fascia a basso rischio ($<4\%/5$ anni). La predittività dello score testata tramite curva ROC è stata limitata, con sensibilità del 30% e VPP del 15%.

CONCLUSIONI

Nella nostra coorte di pazienti il nuovo HCM Risk-SCD score si è dimostrato inappropriato nello stratificare il rischio aritmico dei pazienti con CMI.

MI/Intervento appropriato ICD

- HCM Risk-SCD $< 4\%$
- $4\% \leq$ HCM Risk-SCD $< 6\%$
- HCM Risk-SCD $\geq 6\%$



ENDPOINT NELLA POPOLAZIONE DI STUDIO

IL RUOLO DEI miRNA DELLE CELLULE STAMINALI ASSOCIATE AL TUMORE NEI GLIOMI A BASSO GRADO

Dr.ssa Margherita Contento

INTRODUZIONE

I gliomi a basso grado (LGG) sono caratterizzati da una prognosi migliore rispetto ai gliomi ad alto grado; tuttavia, in un arco di tempo di 5-10 anni, il 70% dei LGG va incontro a trasformazione anaplastica comportando prima disabilità neurologica e infine il decesso. Inoltre, il naturale decorso della patologia varia considerevolmente e tumori simili per grado e istotipo presentano evoluzioni estremamente diverse. Pertanto, la gestione di pazienti con LGG rappresenta una sfida in quanto: (1) non ci sono criteri definitivi per classificare una lesione come ad alto o a basso rischio di recidiva e/o di progressione; (2) molti dei potenziali trattamenti adiuvanti, soprattutto la radioterapia, possono determinare o contribuire alla compromissione cronica delle funzioni neurocognitive e tali effetti collaterali non sono giustificabili in pazienti che potrebbero essere a basso rischio di recidiva/progressione; (3) con l'eccezione della temozolomide le terapie correnti consistono essenzialmente in molecole precedentemente testate contro altri tipi di tumore e non sono ancora disponibili nuovi farmaci specificamente disegnati per agire sui LGG. Negli ultimi anni molti ricercatori hanno identificato nel microambiente tumorale un possibile nuovo target terapeutico. A questo riguardo, l'Istituto di Anatomia Patologica di Udine ha isolato dai gliomi una popolazione di cellule staminali associate al glioma, denominate GASC, che rappresentano un modello in vitro del microambiente tumorale dei

gliomi. In particolare, è stato dimostrato che le GASC hanno un ruolo promuovente la neoplasia mediato principalmente dal rilascio di esosomi, vescicole extracellulari che fanno parte del meccanismo di comunicazione intercellulare. Gli esosomi contengono molecole biologicamente attive, tra cui proteine, mRNA e microRNA, capaci di modificare il fenotipo delle cellule bersaglio. Particolare interesse rivestono i microRNA, brevi sequenze nucleotidiche capaci di regolare simultaneamente l'espressione genica di centinaia di geni. Negli ultimi anni i microRNA sono stati visti coinvolti in molte neoplasie con possibili funzioni sia inibenti sia favorevoli al tumore.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

In questo studio, mediante tecniche di sequenziamento genico e analisi di bioinformatica, si sono caratterizzati i microRNA delle GASC e degli esosomi da queste prodotti, andando poi a confrontare quelli isolati da LGG caratterizzati da buona prognosi con quelli da LGG caratterizzati da una rapida evoluzione anaplastica. Lo scopo è quello di riscontrare eventuali differenze tra i due gruppi di gliomi, quindi selezionare i microRNA suscettibili di diventare bersaglio terapeutico e, infine in una successiva fase del lavoro, modulare l'espressione di questi microRNA per ridurre la capacità delle GASC di supportare il tumore.

MATERIALI E METODI

Sono state isolate ed espanse in vitro le GASC da 3 gliomi a basso grado caratterizzati da buona prognosi e da 3 gliomi a basso grado a prognosi infausta. Mediante precipitazione sono stati raccolti gli esosomi prodotti dalle 6 linee di GASC studiate. Le cellule e gli esosomi sono stati caratterizzati in vitro e ne sono stati estratti i microRNA. In collaborazione con l'Istituto di Genomica Applicata

di Udine, i microRNA sono stati sequenziati con tecniche di next generation sequencing. Per identificare eventuali microRNA differenzialmente espressi tra le GASC e gli esosomi dei gliomi a basso grado a buona prognosi e quelli dei gliomi a basso grado a prognosi infausta sono state condotte delle analisi bioinformatiche in collaborazione con il CIB/LN-CIB di Trieste. Per le prove di fattibilità di trasferire le GASC con oligonucleotidi è stato utilizzato il protocollo Amaxa™ 4D-Nucleofector™ per cellule staminali mesenchimali (4D-NucleofectorX Unit, Lonza) verificando l'avvenuta trasfezione con immunofluorescenza. Analogamente, gli esosomi utilizzati come sistema di delivery di oligonucleotidi a cellule bersaglio sono stati trasferiti con un oligonucleotide di controllo utilizzando il kit Exofectin sRNAinto-exosomes (Gentaur) e messi in coltura con la linea cellulare MDA-MB157. L'efficienza del trasferimento dell'oligonucleotide marcato è stata valutata mediante immunofluorescenza.

RISULTATI

Come già descritto in letteratura, il contenuto in microRNA delle cellule e dei rispettivi esosomi differisce significativamente, sottolineando come la produzione di esosomi rappresenti un processo finemente regolato. Inoltre, si sono evidenziati microRNA differenzialmente espressi tra le GASC e gli esosomi dei gliomi a buona prognosi e quelli dei gliomi a prognosi infausta. In particolare nelle GASC dei gliomi a basso grado con buona prognosi i miR-1-3p, miR-133a, miR-551b-5p, miR-490-3p, miR-20b-5p, miR-1269a sono over-espressi, mentre i miR-1304-3p, miR-873, miR-551a, miR-876-3p sono down-regolati. Negli esosomi delle GASC dei gliomi a basso grado con buona prognosi miR-6087 è over-espresso e i miR-182-5p, miR-let7d-5p e miR-374-5p sono down-regolati.

CONCLUSIONI

Vi sono effettive differenze nell'espressione dei microRNA tra le GASC e gli esosomi dei gliomi a buona prognosi e quelli dei gliomi a prognosi infausta. Utilizzando le analisi bioinformatiche e i dati presenti in letteratura sul ruolo oncogeno od oncosoppressore dei miRNA differenzialmente espressi abbiamo selezionato come bersagli terapeutici per la successiva fase dello studio due microRNA oncosoppressivi (miR-1-3p e miR-133a) e un microRNA oncogeno (miR-182-5p). Per questi tre microRNA i nostri risultati concordano con la letteratura più autorevole e consistente. Nella successiva parte dello studio è prevista la modifica dell'espressione di questi tre miRNA rispettivamente aumentandola (miR-133a e miR-1-3p) o riducendola (miR-182-5p) e si valuterà come questo influisca sulla promozione tumorale da parte delle GASC. Sono state eseguite prove di trasfezione di oligonucleotidi nelle GASC e negli esosomi che dimostrano la validità e fattibilità degli esperimenti progettati per la prossima parte dello studio.

DANNI EMISFERICI E VERMIANI E ALESSIA ACQUISITA

Dr.ssa Giovanna Gallas

INTRODUZIONE

È stato dimostrato come il cervelletto abbia un ruolo importante nell'ambito dei movimenti oculari: il verme oculomotore e la regione oculomotoria del fastigio, di tutte le strutture che lo compongono, sono quelle

più importanti nel controllo delle saccadi, movimenti oculari estremamente veloci necessari a spostare rapidamente lo sguardo, in modo da mantenere il target costantemente sulla fovea.

Recentemente è stata avanzata l'ipotesi che le difficoltà di lettura riscontrate in soggetti con alessia possano essere causate anche da lesioni a livello cerebellare che alterino questi meccanismi.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha analizzato la correlazione fra alessia e lesioni alle regioni emisferiche e vermiene cerebellari in un gruppo di soggetti precedentemente sani, coinvolgendo 30 pazienti destrimani (13 maschi e 17 femmine di età compresa fra 20 e 42 anni); sono stati suddivisi in due gruppi da 15 soggetti in base alla localizzazione delle lesioni (gruppo A per i pazienti con lesioni vermiene e gruppo B per i pazienti con lesioni emisferiche) e comparati con 30 volontari sani.

Le lesioni, caratterizzate con l'aiuto della risonanza magnetica e dell'esame istologico, comprendevano cisti, meningiomi, astrocitomi di 2°-3° grado ed emangioblastomi.

La valutazione si è svolta sottoponendo i pazienti ad una batteria di test ed esami atti ad escludere qualsiasi altra possibile causa: neuroimaging, test di preferenza manuale di Briggs e Nebes, test per l'aprassia buccofacciale e l'agnosia visiva, Raven Standard Progressive Matrices per l'intelligenza visuo-spaziale, valutazione dell'acuità visiva, Bilingual Aphasia Test, Klockgether Score per l'articolazione motoria del linguaggio e Wechsler Memory Scale per la memoria a lungo termine.

Le capacità di lettura sono state valutate chie-

dendo ai soggetti presi in esame di leggere 100 parole comunemente utilizzate nella lingua italiana e 100 non parole, quindi un testo ottenuto dal Bilingual Aphasia Test di 80 parole e dieci frasi per un totale di 96 parole. Gli errori di lettura sono stati suddivisi in base alla qualità e alla quantità.

Le alterazioni saccadiche sono state studiate mediante un sistema di riflessione pupillare ad infrarossi (AMTech ET3 eye tracking system).

L'analisi statistica dei risultati è stata condotta con il Pacchetto Statistico per le Scienze Sociali (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS version 16.0); i paragoni fra i gruppi invece sono stati eseguiti utilizzando il test dei segni per ranghi di Wilcoxon e l'analisi della varianza (ANOVA) e come misura di correlazione è stato utilizzato l'indice di correlazione R per ranghi di Spearman.

RISULTATI E CONCLUSIONI

La valutazione statistica della qualità e della quantità degli errori commessi ha evidenziato l'esistenza di una significativa correlazione fra un danno a livello vermiano e l'alessia e una sostanziale differenza rispetto al gruppo dei controlli e al gruppo dei pazienti con lesioni emisferiche, mentre non è stata rilevata una differenza statisticamente significativa fra controlli sani e pazienti con danno agli emisferi cerebellari.

Questi ultimi hanno commesso degli errori dovuti a problemi neurolinguistici in senso lato e non necessariamente ad alterazioni della capacità di lettura, dimostrando in questo modo che i movimenti saccadici, controllati nello specifico dalle regioni vermiene e paravermiene, rivestono un ruolo fondamentale nel processo della lettura e che un'alterazione del loro meccanismo può provocare l'insorgenza di alessia.



SUICIDIO PER ASFISSIA DA SACCHETTO DI PLASTICA: LA NOSTRA CASISTICA E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Dr.ssa Giulia Marega

Il suicidio per asfissia da sacchetto di plastica è un particolare tipo di asfissia caratterizzato sia da un meccanismo di soffocamento che di confinamento.

L'incidenza del *plastic bag suicide* è molto bassa, tuttavia si è evidenziato in Letteratura un trend in crescita. La diagnosi medico legale di tal suicidio è complessa, poiché non ci sono elementi caratterizzanti che possono essere riscontrati sul cadavere; perciò si basa principalmente sui dati circostanziali.

Si è condotto uno studio retrospettivo finalizzato ad esaminare i decessi per suicidio per asfissia da sacchetto di plastica giunti all'osservazione della Sezione Dipartimentale di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Udine nell'arco di tempo compreso tra il 19 giugno 1993 e il 26 maggio 2015.

Tale studio si è posto diversi obiettivi: seguire la distribuzione del fenomeno nel tempo; analizzare le principali variabili demografiche; descrivere i luoghi in cui tali suicidi si sono consumati e i metodi aggiuntivi utilizzati; esaminare la lesività esterna sul cadavere; analizzare i fattori di rischio e la presenza di note suicidiarie; descrivere la presenza di eventuali suicidi da imitazione; confrontare tali dati con la Letteratura internazionale e la casistica dei suicidi della Sezione Dipartimentale di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Udine; revisionare la Letteratura per la ricerca di nuovi strumenti per la diagnosi e proporre metodi per agevolarla; analizzare i risultati per proporre eventuali metodi di prevenzione specifica.

Nello studio si è osservato un aumento dei casi nel tempo anche nel territorio udinese e goriziano e la presenza di piccoli cluster di

suicidi. Un importante ruolo è rivestito dai Mass Media e Internet, che diffondono notizie riguardanti tali suicidi e informazioni specifiche sui metodi per attuarlo, provocando un fenomeno di imitazione in soggetti con ideazioni suicidiarie.

Riguardo la diagnosi medico legale non si sono riscontrati nuovi metodi per una diagnosi sicura, perciò si propone l'implementazione dell'analisi dei dati circostanziali esaminando le cronologie web per rilevare se il soggetto ha consultato siti web *prosuicidio* e avvalendosi in tale modo l'ipotesi di un'ideazione suicidiaria, ed effettuando un'analisi tossicologica in tutti i soggetti per ottenere una visione più globale del caso.

Riguardo alla prevenzione non ne esiste una specifica, perciò è necessario agire sulla prevenzione dei suicidi in generale. Si può solo: sensibilizzare i mass media, che possono diffondere notizie che determinano *cluster* di suicidi; agire, per quanto possibile, sul contenuto dei siti web; e avviare programmi di sostegno per i soggetti affetti da malattie croniche debilitanti, che più frequentemente utilizzano questo metodo.

ANALISI CLINICA RETROSPETTIVA DI 79 GIOVANI ADULTI CON EFFETTI AVVERSI PERSISTENTI DOPO SOSPENSIONE DI FINASTERIDE PER IL TRATTAMENTO DELL'ALOPECIA ANDROGENETICA

Dr.ssa Francesca Migliozi

G. Chiriaco¹, S. Cauci², G. Mazzon¹, C. Trombetta¹

Crescenti evidenze si stanno accumulando riguardo alla Finasteride come possibile causa di effetti collaterali a lungo termine in giovani consumatori.

Abbiamo condotto un'indagine clinica ed un'analisi retrospettiva su pazienti che hanno assunto Finasteride per il trattamento dell'alopecia androgenetica (1 mg/die), nei quali sono comparsi e persistono effetti avversi legati alla sfera sessuale, psichica e somatica sia durante l'assunzione (nel 90% dei casi) che dopo 3 mesi dalla sospensione del farmaco (*una condizione da noi recentemente descritta come Sindrome Post Finasteride, PFS*).

La popolazione oggetto di studio è composta da 79 soggetti maschi di età media 33 ± 7 aa che hanno assunto Finasteride per un periodo medio di 27 mesi. L'anamnesi è stata raccolta utilizzando questionari validati (*i.e. ASEX, AMS*) e creati *ad hoc*.

Le alterazioni della sfera sessuale riscontrate con maggior frequenza sono la difficoltà nel raggiungimento e mantenimento di un'erezione valida (40,5%), disfunzione erettile (3,8%), difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo (16,5%), anorgasmia (2,5%), riduzione della sensibilità (87,3%) e temperatura (78,5%) peniena, ridotto mitto eiaculatorio (82,3%).

Abbiamo evidenziato inoltre anedonia nel 75,9% dei soggetti, deficit di concentrazione (72,2%), riduzione della massa e del tono muscolare (51,9%).

La causa dell'insorgenza e della persistenza degli effetti avversi descritti è ad oggi sconosciuta e di interesse crescente. Sebbene lo studio da noi condotto non documenti un rapporto causale certo fra l'assunzione di Finasteride e la comparsa dei sintomi a lungo termine, la validità delle nostre evidenze è supportata dall'associazione temporale fra il manifestarsi delle disfunzioni sessuali e la terapia con Finasteride in soggetti altrimenti sani, dalla possibilità di un ruolo degli androgeni nell'eziopatogenesi della sintomatologia,

dall'evidenza di trials clinici controllati randomizzati che descrivono effetti collaterali conseguenti all'assunzione del farmaco. I limiti dello studio sono la natura retrospettiva, l'arruolamento volontario, il recall bias.

Data from:

Chiriaco G, Cauci S, Mazzon G, Trombetta C, "An observational retrospective evaluation of 79 young men with long-term adverse effects after use of finasteride against androgenetic alopecia" *Andrology*. 2016 Jan 13. doi: 10.1111/andr.12147.

- 1 Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
- 2 Dipartimento di Biochimica Clinica, Università degli Studi di Udine

IMPATTO DEI DIFFERENTI PROTOCOLLI NELLO SVEZZAMENTO DALLA VENTILAZIONE MECCANICA IN TERAPIA INTENSIVA

Dr. Pietro Mininel

Il distacco dal ventilatore in un paziente ricoverato in terapia intensiva è un processo complesso, associato ad una serie di gravi complicanze e non ancora standardizzato.

OBIETTIVI

Nell'ottica di rendere più sicura, semplice ed omogenea questa fase critica della ventilazione meccanica, abbiamo introdotto un protocollo di svezzamento dal ventilatore da applicare sistematicamente a tutti i pazienti ricoverati in terapia intensiva.

Abbiamo quindi studiato se questo approccio può portare ad un beneficio per il paziente in termini di durata di ventilazione e di degenza (sia in reparto che ospedaliera), di

mortalità in reparto e a 30 giorni dal trasferimento in altre unità e di tasso di fallimento dell'estubazione.

MATERIALI E METODI

Il protocollo è stato applicato con cadenza giornaliera ai pazienti ricoverati, escludendo quelli ventilati da meno di 48 ore, i traumatizzati cranici, i pazienti con prognosi infausta a breve termine e quelli già tracheostomizzati al momento del ricovero. Il protocollo si basava su una serie di step consecutivi: soddisfazione di una serie di "readiness criteria", misurazione dell'indice RSBI (frequenza respiratoria/volume corrente) e successivamente esecuzione di un trial di respiro spontaneo secondo delle modalità e tempistiche precise.

Sono stati reclutati 192 pazienti, suddivisi in tre gruppi in base al processo di svezzamento a cui sono andati incontro (senza protocollo, con protocollo parziale o con protocollo completo).

RISULTATI

Abbiamo osservato nel gruppo che ha seguito il protocollo completo una riduzione di due giorni (valore mediano) di ventilazione meccanica ($p = 0,002$) e una caduta del tasso di reintubazione dal 23% al 7% ($p = 0,009$). Le variazioni del tasso di mortalità (diminuito dal 14% al 4%) e della durata di degenza non sono state dimostrate essere statisticamente significative, probabilmente per l'insufficiente numerosità del campione.

CONCLUSIONI

I risultati dimostrano come un intervento di semplice introduzione, di rapida interpretazione ed esecuzione e soprattutto a costo zero possa portare ad uno svezzamento più veloce e sicuro nei pazienti ricoverati in terapia intensiva.

L'IMPATTO DELLA DIAGNOSI SULLA QUALITÀ DI VITA, LA MORBILITÀ E LA MORTALITÀ NELLE FAMIGLIE DI BAMBINI CON DISABILITÀ NEUROCOGNITIVA. IL CASO DELLA PARALISI CEREBRALE INFANTILE E DEL RITARDO MENTALE

Dr.ssa Alessandra Nicotra

INTRODUZIONE

Il miglioramento complessivo delle terapie ha portato negli ultimi decenni ad un aumento di bambini, adolescenti e adulti sopravvissuti a condizioni mediche congenite, perinatali o postnatali gravi. Il lato negativo di questi successi è rappresentato dal fatto che spesso le stesse persone si trovano a convivere con una malattia cronica invalidante, con comorbilità e problematiche ad essa associate.

Numerosi studi sostengono che la qualità della vita di bambini malati cronicamente è frequentemente compromessa, come quella dei loro genitori.

OBIETTIVI

Lo studio si pone l'obiettivo di definire l'evoluzione nel tempo dello stato di salute, della qualità di vita e dello stato socio-psicologico dei genitori e dei fratelli di pazienti con paralisi cerebrale infantile (PCI) e con ritardo mentale (RM), confrontati con genitori e fratelli di pazienti affetti da MICI, con diagnosi in età pediatrica ed età maggiore di 18 anni.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio retrospettivo caso-controllo, iniziato a dicembre 2014 che coinvolge il reparto di pediatria dell'Ospedale di San Daniele del Friuli e la Clinica Pediatrica

dell'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo" di Trieste.

Per i casi sono state reclutate famiglie di pazienti con paralisi cerebrale infantile e famiglie di pazienti con ritardo mentale, per i controlli famiglie di pazienti affetti da morbo di Crohn e da rettocolite ulcerosa. L'indagine è stata condotta utilizzando due questionari, l'uno sintetico atto ad inquadrare il nucleo familiare e la qualità di vita relativa e l'altro (Zarit Burden Interview) validato dalla letteratura, per quantificare attraverso un punteggio lo stress percepito.

Il follow-up minimo per entrambi i gruppi è stato di 2 anni dalla diagnosi di malattia.

RISULTATI

In totale sono state considerate 62 famiglie, 34 per i casi e 28 per i controlli. La mortalità interessa il 9% dei genitori di pazienti PCI/RM e lo 0% dei genitori del gruppo MICI ($p<0,06$). L'età media dei decessi è 57 anni per cause per lo più acute nei padri, in cui la mortalità è maggiore, e cause degenerative nelle madri (Figura 1).

La morbidità interessa il 40% delle famiglie PCI/RM e il 15% delle famiglie MICI, le quali presentano prevalentemente affezioni di natura muscolo-scheletrica ($p=0,02$). Nel gruppo PCI/RM la morbidità si attesta al 53% nelle madri e al 27% nei padri.

Lo stress percepito (Figura 2) è maggiore nel gruppo PCI/RM rispetto al gruppo MICI ($p<0,001$). Il supporto psicologico è richiesto

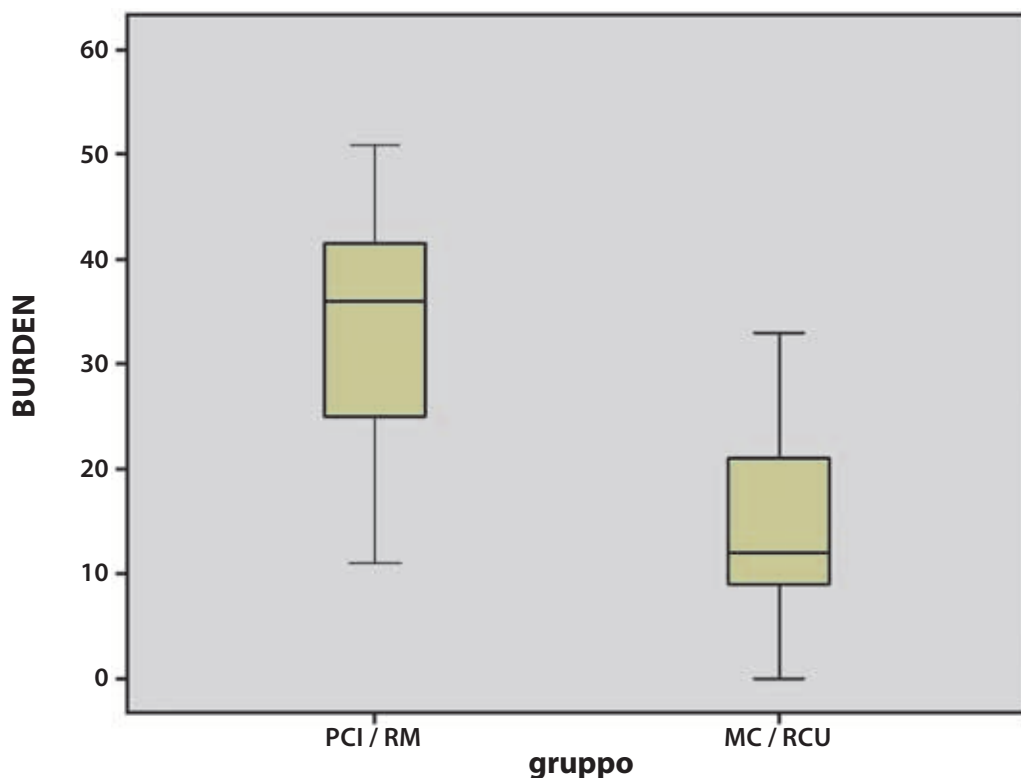


Figura 1: cause di decesso dei genitori nelle famiglie del gruppo PCI/RM

per il 27% delle famiglie PCI/RM contro il 4% di quelle del gruppo MICI (p=0,02).

0 - 16	stress lieve o nullo
17 - 36	stress moderato
37 - 56	stress severo
57 - 84	stress molto severo

Figura 2: punteggio di stress percepito nei due gruppi di popolazione

Dal punto di vista prettamente sociale invece, la perdita o il cambio di lavoro interessa il 59% dei genitori nel gruppo PCI/RM e il 7% in quello MICI.

Le ore dedicate al paziente (>10/giorno), impegnano i genitori per il 53% e il 14% rispettivamente in casi e controlli (p<0,001).

CONCLUSIONI

Nelle famiglie di bambini con disabilità neuromotoria vi è un aumento di mortalità, morbilità e dello stato di stress. La morbilità riguarda soprattutto il disturbo psichico, la patologia neoplastica (madri) e la patologia cardiovascolare (padri). Le famiglie PCI/RM, pur soffrendo di uno stato di stress superiore, dimostrano una tendenza all'adattamento nel tempo. Lo stato psicologico dei fratelli è sottostimato e merita maggiore attenzione dal momento della diagnosi.

ASSETTO LIPIDICO DEL PAZIENTE UREMICO IN TERAPIA SOSTITUTIVA: VALUTAZIONE DEL POSSIBILE RUOLO DELLE DIVERSE METODICHE DIALITICHE (EMODIALISI vs DIALISI PERITONEALE)

Dr.ssa Elisa Olivo

[Lipid profile in uremic patients undergoing renal replacement therapy: evaluation of the

possible role of the different dialysis modalities (haemodialysis vs peritoneal dialysis)]

I soggetti nefropatici presentano un'elevata mortalità cardiovascolare, già negli stadi iniziali, ma che progredisce con il peggiorare della funzione renale stessa e si aggrava in dialisi, in particolar modo, secondo i dati presenti in letteratura, soprattutto in dialisi peritoneale.

Punto cruciale è la dislipidemia, che si manifesta con valori di colesterolo variabili in base allo stato nutrizionale, elevati livelli di trigliceridi (e di VLDL) e bassi livelli di HDL. Quello che però pesa di più in questi individui va ricercato nel profilo apolipoproteico, non valutato con i comuni esami di routine.

Lo scopo di questo studio è stato di confrontare 21 soggetti in emodialisi e 22 soggetti in dialisi peritoneale (rispettivamente 10 nella metodica APD e 12 nella metodica CAPD) con 22 controlli sani, al fine di individuare differenze statisticamente significative per i parametri lipidici routinari (quali TC, LDL, HDL, TG) e per i parametri lipidici micro-molecolari, quali il profilo apolipoproteico, il sistema di esterificazione del colesterolo (FC/TC, LCAT mass e activity, CETP mass, CER) e le sottoclassi HDL (HDL-2, HDL-3, small, medium, large), incluse le pre-β-HDL.

Tutti i pazienti in terapia sostitutiva hanno presentato un profilo HDL e apolipoproteico peggiore rispetto ai controlli; trigliceridi e VLDL erano più elevati con, invece, una riduzione del colesterolo totale, LDL e ApoB. Contrariamente alle aspettative, il profilo lipidico macro e micro molecolare, è risultato migliore per i pazienti in dialisi peritoneale rispetto agli emodializzati. La funzionalità

enzimatica e le sottocategorie HDL sono risultate, nuovamente, peggiori in emodialisi, con un decremento dell'attività enzimatica, in particolare di LCAT e uno shift dalle large verso le small HDL, cosa non emersa nei pazienti in dialisi peritoneale.

OUTCOME DEI PAZIENTI CON ADENOMA IPOFISARIO GH SECERNENTE OPERATI CON TECNICA ENDOSCOPICA ENDONASALE: CORRELAZIONE CON L'IMAGING RM PREOPERATORIO E L'ISTOLOGIA

Dr.ssa Alessia Visintin

INTRODUZIONE

La tecnica endoscopica endonasale è attualmente considerata il gold standard nel trattamento dell'adenoma ipofisario, in virtù della sua bassa invasività e del suo alto tasso di successo, nonostante in alcuni centri sia usato ancora l'approccio microchirurgico.

Con lo sviluppo degli approcci endoscopici endonasali estesi, outcomes estremamente favorevoli possono essere raggiunti anche in presenza di macroadenomi che si estendono nel seno cavernoso, che precedentemente erano considerati inoperabili a causa del possibile sanguinamento del plesso venoso, danno all'arteria carotide interna o danno ai nervi cranici.

In relazione a questa tecnica innovativa, in letteratura sono riportati studi d'imaging RM per la valutazione del paziente con adenoma ipofisario. Inizialmente il loro scopo era riconoscere il paziente a rischio di sviluppare una recidiva post-operatoria (vd. Knosp e Cottier); poi, con l'approccio endoscopi-

co esteso e la sua possibilità di operare in maniera soddisfacente pure tumori estesi allo spazio parasellare, lo scopo cambiò: l'imaging non serve più a predire le recidive, ma piuttosto serve a pianificare il migliore approccio al fine di raggiungere il migliore risultato possibile. Proprio per quest'ultimo scopo abbiamo ideato una nuova classificazione dei compartimenti del seno cavernoso (compartimento anteriore, laterale, ventrale, dorsale e posteriore) in relazione alla visione endoscopica durante l'intervento. La presenza di tumore in determinati compartimenti influenza pure la nostra scelta di un approccio bimanuale ipsilaterale piuttosto che il controlaterale standard. La pratica clinica però insegna che la chirurgia non è l'unica variabile da considerare: anche gli adenomi di piccole dimensioni possono recidivare dopo pochi anni. Abbiamo quindi considerato pure l'immunofenotipo ormonale.

Gli scopi del nostro studio sono quindi:

- Valutare e comparare gli outcomes della tecnica transsfenoidale endoscopica e microscopica, in termini di successo chirurgico, funzione visiva e ipofisaria, e complicanze chirurgiche;
- Correlare l'espansione extrasellare e parasellare del tumore (quindi i nostri compartimenti) ottenuti con la risonanza magnetica nucleare (RM) con l'outcome chirurgico;
- Correlare l'immunofenotipo ormonale all'outcome chirurgico

MATERIALI E METODI

Abbiamo preso un campione di ottantadue pazienti acromegalici (F=55, M=27, età media 51 DS 13) tutti operati all'UKC di Ljubljana dallo stesso operatore (R.B), dal 2001 al 2014 per via endoscopica transsfenoidale e microscopica.

Abbiamo valutato l'outcome chirurgico primario (definibile con la normalizzazione dei markers di malattia, quindi la soppressione del GH dopo OGTT e la normalizzazione dell'IGF1) e l'abbiamo correlato mediante test esatto di Fisher con:

- Età e sesso del paziente;
- Diametro, espansione extrasellare (nelle regioni circostanti alla sella turcica) e parasellare (nel seno cavernoso);
- Markers laboratoristici di malattia, pre e postoperatori;
- Immunofenotipo (bassa o alta positività);

RISULTATI E DISCUSSIONE

Dal nostro studio si sono evinte alcune importanti conclusioni:

- Il sesso maschile ha 2,8 volte più probabilità di avere un outcome favorevole rispetto al sesso femminile.
- Comparando l'outcome chirurgico, endoscopico e microscopico, l'endoscopia ha mostrato una percentuale leggermente ridotta di pazienti curati chirurgicamente (62% vs. 66%); essa ha mostrato invece con importante significatività statistica che è la tecnica migliore per il trattamento dei macroadenomi. Comparando con centri di riferimento per il trattamento dell'ipofisi (vd. Pittsburgh), il nostro risultato è assolutamente comparabile, e offre buone premesse (che andranno valutate però in un campione più ampio) per la possibilità di un efficace trattamento degli adenomi ad espansione parasellare.
- I buoni risultati raggiunti potrebbero pure essere frutto di una valutazione multidimensionale del tumore, fatta mediante risonanza magnetica (RM). Riguardo alle regioni invase, quell'intrasfenoidale (caratterizzata dall'infiltrazione dell'osso da parte del tumore) ha dimostrato una for-

te correlazione con il peggioramento dell'outcome chirurgico. Riguardo invece ai compartimenti parasellari, pure il compartimento dorsale si è dimostrato correlato a un peggioramento dell'outcome. Gli altri compartimenti andranno valutati in un campione più ampio in virtù della loro ridotta frequenza.

- L'immunoistotipo ormonale non ha dimostrato correlazioni con l'outcome chirurgico.

In copertina

La Temperanza (Temperantia, XIII secolo, Venezia, Basilica di San Marco, cupola dell'Ascensione):



Polimorfismi del gene del recettore della vitamina D (VDR) e tumore della prostata nella popolazione del nord Italia

Francesca Migliozi¹, Giovanni Chiriaco¹, Martina Linussio², Letizia Pugnetti², Sabina Cauci², Carlo Trombetta¹

Analogamente al panorama europeo ed americano, anche in Italia il tumore della prostata risulta essere la neoplasia più frequente tra i soggetti di sesso maschile rappresentando oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età.

In Italia si registra un gradiente Nord-Sud di incidenza decrescente di neoplasia: considerando come riferimento il dato del Nord Italia di 105,9 casi/anno, le regioni del centro registrano un decremento del 23% e quelle del sud del 39%. In Friuli Venezia-Giulia si è registrato un tasso di mortalità per tumore del 29,5% (dati ISTAT 2015), collocando la nostra Regione al secondo posto in Italia. Nell'area vasta di Trieste e Gorizia in particolare si è registrata un'incidenza notevolmente più alta di tumore rispetto alle aree di Udine e Pordenone. Negli uomini, il carcinoma della prostata si è confermato il tumore più frequente (2413 nuovi casi nel biennio 2006-2007, pari al 24.8% di tutti i tumori), seguito dai tumori del colon-retto (1286 casi, 13.2%) e del polmone (1167 casi, 12.0%). Alla luce dei dati epidemiologici, l'identificazione di biomarcatori al fine di predire la suscettibilità alla malattia e la progressione verso la malattia avanzata condurrebbero ad una migliore pratica clinica e ad una selezione più specifica del paziente da sottoporre a trattamento chirurgico [Abbas F. et al. Cancer 1997] [Montie, J. E. et al. Urol. Clin. 1997].

Recentemente numerosi studi hanno foca-

lizzato l'attenzione sul coinvolgimento della vitamina D nel metabolismo tumorale. Una volta attivata dai raggi UV ha come funzione sia quella di mantenere l'omeostasi calcica che di regolare la crescita e la differenziazione cellulare [Feldman, D. et al. San Diego, CA: Academic Press, 2001] e si presuppone giochi un ruolo nella carcinogenesi e progressione tumorale [William B. Grant. Clin. Cancer Res 2014]. La forma attiva della vitamina D, 1,25(OH)2D3, esplica la sua azione attraverso il legame con il recettore intracellulare VDR (Vitamin D Receptor) [Malloy, P. J. et al. Endocr. 1999]. Sono stati identificati numerosi polimorfismi nel gene *VDR* (*Fok1*, *Bsm1*, *Taq1*, *Apa1*, *Cdx2*), il loro significato funzionale ed il loro effetto sulla suscettibilità a diverse condizioni patologiche è oggetto di numerosi studi [Zmuda, J. M. et al. Epidemiol. Rev. 2000]. È stata già evidenziata un'associazione tra alcuni genotipi del gene *VDR* ed un aumentato rischio di melanoma, carcinoma della mammella e carcinoma colo-rettale (*Fok1*, *Bsm1*, *Taq1*); tuttavia sono stati ottenuti risultati contrastanti riguardo al tumore della prostata [Gandini S. et al. Med Biol. 2014;].

La popolazione oggetto del nostro studio è composta da 52 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale per neoplasia prostatica tutti originari del Nord Est Italia ed aree limitrofe, di età media al momento dello studio di 71 anni, età media alla diagnosi 64 anni. All'interno della popolazione totale abbiamo confrontato il gruppo dei casi, 19 pazienti

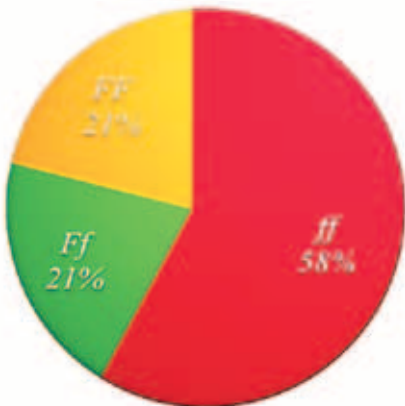
con ripresa biochimica di malattia (PSA>0,20 ng/ml), con quello dei *controlli*, 33 pazienti liberi da malattia dopo 5 anni dall'intervento. Ogni soggetto è stato sottoposto ad analisi genetica del polimorfismo *FokI*, dosaggio dei livelli sierici di Vitamina D, PSA, Calcio, Fosforo, LH, Prolattina, Testosterone, Aldosterone. È stato somministrato inoltre un questionario per indagare lo stile di vita, le abitudini alimentari, il grado di esposizione alla luce solare, l'anamnesi patologica, familiare e farmacologica.

L'analisi della distribuzione genotipica del polimorfismo *FokI* (*FF*,*Ff*,*ff*) ha evidenziato una riduzione del rischio di ripresa biochimica di malattia nei soggetti portatori del genotipo eterozigote *Ff* ($p\ 0,043$ OR 0,27). Il genotipo omozigote recessivo *ff* è risultato associato ad un rischio di sviluppare ripresa biochimica di malattia di quasi 4 volte superiore ($p\ 0,043$; OR 3,6). L'abitudine al consumo di 2-3 caffè al

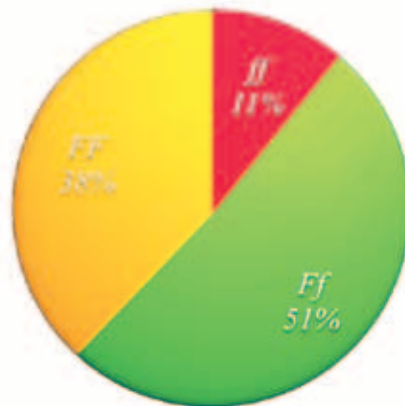
OR 11,43). Al contrario abbiamo riscontrato una tendenza ad un aumento del rischio di ripresa biochimica di malattia nei soggetti il cui padre era originario dell'area del Nord Est Italia-Slovenia ($p\ 0,072$ OR 6,75), e nei soggetti moderati fumatori ($p\ 0,054$ OR 8,53).

Fattori associati alla ripresa biochimica	OR	p
Padre nato in FVG/Austria/Slovenia/Croazia	6,75 (0,78-58,2)	0,072
Consuma 2-3 caffè/die	0,53 (0,29-0,95)	0,037
Cucina con olio di semi	11,43 (1,22-107)	0,020
Fuma 6-10 sigarette/die	8,53 (0,88-83,05)	0,054

Frequenze genotipiche nel gruppo dei CASI



Frequenze genotipiche nel gruppo dei CONTROLLI



giorno è risultata essere un fattore protettivo nei confronti della ripresa biochimica di malattia ($p\ 0,037$ OR 0,53), similmente all'utilizzo di olio di semi per cucinare ($p\ 0,020$

- 1 Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
- 2 Dipartimento di Biochimica Clinica, Università degli Studi di Udine

Dalla III Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica di Rimini: progettiamo il futuro

La Terza Conferenza della Professione medica e Odontoiatrica di Rimini ci ha detto, in modo inequivocabile, che la migliore difesa della nostra autonomia è la costruzione di una professione che si impegna a ricontestualizzare i nostri principi, i nostri valori, i nostri doveri ma anche i nostri diritti all'interno di un ambiente sociale, culturale ed economico in continuo cambiamento.

È compito delle organizzazioni sanitarie prendere consapevolezza che i rapporti tra medicina e società e tra medici e pazienti sono molto cambiati negli ultimi decenni.

I medici devono esprimere il loro parere sui problemi che assillano la società, dai delicati problemi di inizio e fine vita, alla cronicità, alla cura degli anziani e alla fragilità, dal costo della sanità alle contraddizioni del diritto, dai rischi ambientali, al consumerismo.

È questo che la gente si aspetta e che restituisce autorevolezza e ruolo alla professione.

La politica sanitaria è affidata al Parlamento, al Governo e alle Regioni, tuttavia anche i professionisti della Sanità, e in particolare i medici, svolgono questo stesso ruolo per l'alta connotazione tecnica, etica e sociale della loro professione.

Le economie occidentali stanno vivendo una stagione di preoccupante rallentamento dei processi di sviluppo economico, questo mette in crisi il Welfare State.

Di fronte a tale cambiamento si devono ricercare e condividere posizioni comuni per fronteggiare una dinamica della spesa sanitaria che non conoscerà flessioni ed è oggi interessata da uno scenario riconducibile:

- all'aumento esponenziale della popolazione anziana, fenomeno che accresce il numero delle patologie cronico degenerative che richiedono risorse, modelli e organizzazioni assistenziali specifiche e stabili;
- all'intenso e vorticoso divenire del progresso scientifico e tecnologico con il risultato di cure sempre più raffinate e specifiche con approcci d'elevata sofisticazione ma parallelamente altrettanto costose;
- all'aumento progressivo e consistente delle aspettative di salute e benessere individuali indotto anche dai media.

La FNOMCEO intende disegnare una strategia che possa sostenere e consolidare il ruolo sociale e il prestigio professionale del medico recuperando la piena fiducia dei cittadini e l'attenzione dei gruppi sociali e della politica.

I medici vogliono rappresentare le proprie istanze e confrontarsi con la società, incidere sulla struttura economica e mantenere vivi i valori della medicina nell'attuale assetto politico. Per questo la FNOMCEO nell'espletare il suo ruolo istituzionale si impegna a:

- **Favorire la centralità della relazione di cura tra medico e paziente nell'organizzazione sanitaria**

Nel riaffermare il primato del giudizio clinico, in cui confluiscono le istanze della medicina narrativa, quali sollecitazioni antropologiche per una rinnovata personalizzazione delle cure dove genetica, epigenetica e modello bio-psico-sociale si incontrano, occorre ricordare che la relazione umana esige tempo. La Professione Medica si impegna a combattere il taylorismo che regge tuttora il razionale

dell'impianto organizzativo sanitario e si limita solo ad affrontare la dimensione oggettiva delle attività sanitarie per loro natura più facilmente misurabili e non include, invece, gli elementi soggettivi che sono un punto di forza della presa in carico della persona.

Il tempo dedicato alla relazione con il paziente è tempo di cura e tale deve essere considerato sempre.

L'organizzazione universalistica e solidale, in cui opera il medico, per ben funzionare deve:

- accompagnarsi all'etica della responsabilità nei processi;
- anteporre il bene comune agli interessi personali e/o di gruppo di appartenenza;
- rifuggire da condotte opportunistiche in ambito remunerativo;
- considerare che più alta è la solidarietà, più alta deve essere la responsabilità.

• **Favorire un giusto rapporto tra scienza e diritto e tra tecnologia ed etica**

Se la scienza non può procedere senza rispettare determinati limiti imposti dalla tutela della dignità e dei diritti fondamentali, nemmeno il diritto può imporre scelte che abbiano a che fare con la salute delle persone senza fondarsi sulle più aggiornate evidenze scientifiche. Il rapporto fra scienza e diritto deve trovare un giusto equilibrio, favorendo un rapporto positivo e propositivo per evitare un uso eterogeneo della legge che di fatto contrasta con la scientificità delle cure.

I casi *Stamina*, *Di Bella* e la *campagna anti vaccinale* rappresentano l'epifenomeno di un malinteso concetto di diritto e della mancata, opportuna collaborazione tra professione medica e magistratura, alleanza che favorirebbe una più appropriata interpretazione ed applicazione giuridica del metodo scientifico. In questa ottica importante è il ruolo dei periti e la qualità delle perizie.

Nell'ambito del rapporto tra tecnologia ed etica, dobbiamo assecondare l'innovazione tecnologica, ma affermarne i limiti etici.

Cruciale deve essere il ruolo dei medici nel decidere sugli strumenti di potenziamento psicofisico dell'essere umano che sta modificando radicalmente lo scopo storico della medicina introducendo il concetto di manipolazione umana. Termine questo che è ancora percepito in modo ambiguo, come tutte le denominazioni concernenti l'uso di strumenti la cui valutazione morale dipende dalle loro finalità. I medici devono porsi il problema dei costi incrementali dell'innovazione. Al di là dell'antico problema delle cosiddette scelte tragiche non possiamo lasciare la determinazione del costo delle innovazioni all'economia di mercato ma esigere trasparenza nella formazione dei prezzi dei farmaci e dei dispositivi e concorrenza tra le imprese. Sono i medici che, definendo l'equivalenza dei risultati e la sovrapponibilità delle reazioni avverse, individuano quali farmaci e dispositivi possono essere posti a gara e il loro rapporto qualità-prezzo. Di fronte alla tendenza ad abbreviare i tempi della ricerca per giungere alla precoce immissione in commercio di nuove tecnologie, pur nel rispetto delle esigenze dei pazienti, i medici devono vigilare sul rispetto del metodo scientifico e quindi sulle garanzie da offrire ai cittadini, ispirandosi al principio di precauzione.

Le tecnologie moderne in particolare dell'ICT sono strumenti potenti di integrazione e di supporto alla prassi medica.

• **Favorire l'equità dell'accesso alle cure**

La radice della crisi del modello sanitario attuale è da rinvenirsi nella sua incapacità di coniugare, in modo sostenibile, equità e libertà. I cittadini delle nostre società avanzate non accettano più rinunce alla loro libertà nel conseguire più elevati standard di tutela dai rischi. Quando il perseguimento della sicurezza sociale entra in rotta di collisione con l'allargamento degli spazi di libertà, sono l'efficien-

za e la sostenibilità a risentirne. La FNOMCEO condivide un nuovo modello di stato sociale in cui la società civile nei suoi componenti è chiamata ad organizzarsi e potenziarsi per diventare vero attore. Se il bilanciamento fra l'interesse dell'individuo e della collettività è proprio della politica, la misura dei risultati appartiene alla responsabilità delle organizzazioni sanitarie.

La FNOMCeO rigetta la concezione dell'autonomia di giudizio del medico come costo da ridurre, come causa di diseconomia e come fonte di opportunismi professionali presi a motivo delle attuali politiche sanitarie di medicina amministrata.

La FNOMCeO si oppone a scelte politiche vincolanti che limitano l'autonomia del medico nelle sue scelte cliniche e riducono la complessità del malato a standard convenzionali annullando le diversità individuali. Il medico deve recuperare il pieno controllo degli scopi della sua disciplina rifiutando l'idea di una professione tecnico esecutiva eteroguidata.

Favorire l'equità delle cure significa battersi per confermare al medico la piena autonomia nella responsabilità riportandone la titolarità al medico. Tra i tanti aspetti toccati dall'equità delle cure una particolare attenzione va posta alla fase finale della vita. La fase terminale deve essere preparata col paziente e con i familiari con ampio margine di tempo. L'ascolto, la comprensione, lo stimolo, anche spirituale, devono essere compiti del medico per riportare il fine vita al concetto primario di buona morte, quanto più possibile serena e libera da sofferenze.

• **Favorire la tutela ambientale**

L'impegno della FNOMCeO in tema ambientale è teso a concretizzare i contenuti dell'articolo 5 del Codice Deontologico con un approccio agli ambienti quali punto di partenza

per i programmi di promozione della salute spostando l'attenzione dal modello di difetto della malattia ai potenziali di salute correlati. L'articolo 5 del Codice Deontologico prende in considerazione queste caratteristiche chiave: un modello ecologico di salute, la centralità di uno sviluppo economico sostenibile e "un ecosistema equilibrato, vivibile anche dalle future generazioni". Sui rischi ambientali è possibile ed indispensabile una posizione della professione che esprima una concreta mediazione fra le esigenze di produttività e di sviluppo e la tutela della salute sia oggi che delle future generazioni. Decisivo deve essere pertanto l'impegno a ridurre gli inquinanti ambientali, per contenere le nuove pandemie (dismetaboliche, oncologiche, cardiovascolari, neurodegenerative), e promuovere una campagna di prevenzione primaria e di sensibilizzazione della società civile.

• **Favorire politiche responsabili nel campo della Scienza**

La FNOMCEO deve favorire *politiche scientifiche responsabili* per sviluppare armonia tra scienza e società e per sensibilizzare la società nei confronti dell'innovazione, grazie a nuovi rapporti e ad un dialogo consapevole tra ricercatori, sanitari, politici e cittadini. Si deve sviluppare una politica scientifica i cui temi riguardino una ricerca più vicina alla società: scienza e governance della stessa. Devono essere richiamati gli obiettivi della valutazione, gestione e notifica dei fattori di incertezza, di rischio, di analisi e promozione delle migliori pratiche nell'applicazione del principio di precauzione. Non deve essere trascurata, inoltre, la riflessione etica in relazione con la scienza, i progressi tecnologici e le loro applicazioni. La FNOMCEO ritiene quest'ultimo aspetto il più innovativo per le questioni etiche legate agli sviluppi scientifici e tecnologici che entrano a pieno titolo e non sono considerate a parte, in un programma a sostegno delle politiche scientifiche.

• **Favorire la costruzione delle competenze e lo sviluppo professionale continuo**

Sono note le insufficienze di una didattica medica tradizionale, centrata sull'insegnamento piuttosto che sull'apprendimento, sul docente piuttosto che sul discente, su discipline separate piuttosto che integrate per la soluzione dei problemi delle persone e poco attenta alle tecniche della comunicazione, alla economia sanitaria e alla bioetica, di tutti quegli aspetti che fanno della medicina una scienza relazionale. L'insegnamento scientifico non deve più proporsi come una catena di montaggio fondata solo su evidenze, ma promuovere un'educazione che sia anche costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze.

La FNOMCeO richiama le scuole di medicina a privilegiare una didattica attiva, di analisi e soluzione dei problemi al fine che ognuno prenda coscienza del proprio ruolo nella filiera della cura e non una didattica in funzione dei contenuti e delle regole vigenti nel sistema. Si ravvede la necessità che alla formazione di base segua una formazione continua finalizzata all'innovazione delle competenze.

Il medico è chiamato a sfide future, in un sistema di maggiore collaborazione con altre figure professionali. Di qui la necessità di sviluppare una "cultura comune" tra le varie competenze (multi) professionali che porta con sé altre considerazioni. I membri dei gruppi multi-professionali devono dunque possedere e gestire:

- una visione multidisciplinare, interprofessionale e integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia;
- una educazione orientata alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute nell'ambito della comunità e del territorio;
- una profonda conoscenza delle nuove esigenze di cura e di salute, incentrate non soltanto sulla malattia, ma, soprattutto, sulla persona malata, considerata nella sua globalità di soma e psiche e inserita in uno specifico contesto sociale.

Il coordinamento di queste competenze consente di attivare un approccio olistico al paziente, dando maggiore efficacia agli interventi e garantendo così una valenza più dinamica al lavoro multiprofessionale, che va modificandosi in funzione delle esigenze dell'ambiente di riferimento.

Nella piramide di ruoli e funzioni previste in materia sanitaria per i vari soggetti (Stato, Regioni, Aziende) è importante che la FNOMCEO assuma un ruolo determinante nella programmazione dei fabbisogni dei professionisti, nella rivalidazione delle conoscenze, nella formazione di base, nella organizzazione del lavoro, nella programmazione sanitaria.

Si deve sfatare l'idea del mero riadattamento della professione medica, in quanto tale, alle nuove esigenze di politica sanitaria, come anche l'idea di strumentalità dell'operatore sanitario rispetto agli obiettivi di compatibilità economica del sistema o l'idea di una relativa marginalità dei medici quali protagonisti dei cambiamenti.

Un'ulteriore caratteristica richiesta al medico è l'esercizio della leadership. Sebbene il termine della leadership possa talora essere interpretato in modo equivoco, appare evidente la sua importanza tra gli elementi essenziali nello sviluppo della professionalità del medico.

Il leader si caratterizza per l'abilità di indirizzare efficacemente coloro che lo seguono, offrendo una visione chiara attraente e concreta degli obiettivi da raggiungere.

La leadership deve essere esercitata in modo diffuso in un sistema di lavoro, in équipe o in team. Il lavoro in team, infatti, costituisce la dimensione ordinaria dell'agire etico e significa interagire con colleghi, con altri professionisti sanitari, come anche con i pazienti, i familiari e le comunità, che spesso richiedono di essere orientate e guidate verso scelte operative. La leadership è anche capacità di gestire un audit (osservare le proprie emozioni, confron-

tarsi, riconoscere i propri errori) come strumento di crescita per la propria professionalità e di sicurezza per la cura delle persone.

Nella sua azione politica la FNOMCEO deve mirare a:

- **Revisionare i criteri del finanziamento del SSN** che assoggettato agli indicatori economici più che ai bisogni di salute delle nostre popolazioni, evidenzia una grave e irrimediabile sofferenza proprio nelle regioni gravate da piani di rientro che sono divenuti piani cronici di rientro, un non senso amministrativo, gestionale e politico;
- **Esigere che il SSN sia finanziato da risorse certe e adeguate** per conseguire nuovi e migliori obiettivi di salute e benessere;
- **Promuovere l'educazione alla salute**, soprattutto quella rivolta alle fasce più deboli dell'infanzia, dell'adolescenza e della vecchiaia, con attenzione agli stili di vita quali determinanti della salute, alla tutela dei luoghi di lavoro e degli ambienti di vita che devono sempre più integrare le più tradizionali attività di prevenzione primaria e secondaria;
- **Contrastare l'informazione fuorviante ed inappropriata** che genera irrealistiche aspettative nel paziente e che induce la politica a concepire e pretendere l'attività professionale come obbligo di risultati anziché come correttezza di metodi ed utilizzo di mezzi.
- **Collaborare con la magistratura** per contrastare comportamenti e atteggiamenti contrari alle regole della scienza. Se infatti la scienza non può procedere senza rispettare determinati limiti imposti dalla tutela della dignità e dei diritti fondamentali, il diritto non può imporre scelte che abbiano a che fare con la salute delle persone senza fondarsi sulle più

aggiornate risultanze scientifiche. In medicina i più avanzati settori della ricerca tendono costantemente a riaprire il rapporto con il diritto. La genetica e le neuroscienze, al riguardo, aprono scenari tutti da interpretare anche a livello giuridico.

• **Favorire un corretto rapporto tra Ordini e Sindacati.** Gli Ordini professionali difendono la dignità del medico e odontoiatra garantendo la qualità professionale ed esercitano, nell'interesse del cittadino, un autonomo potere disciplinare. L'Ordine non è la sede per difendere interessi economici amministrativi, pur legittimi, delle categorie ma deve essere un ulteriore luogo di ricomposizione di diversi interessi per riportarli all'obiettivo unico della promozione e difesa della salute dei cittadini, obiettivo che deve passare attraverso la promozione del ruolo della professione medica. Questa scelta impone di tenere ben separati i ruoli tra ordini e sindacato mentre il dialogo deve svilupparsi costantemente per portare maggiore efficacia all'azione di entrambi.

• **Favorire una maggiore collaborazione tra Ordini e Società Scientifiche.** Il patrimonio culturale delle società scientifiche è una componente importante del ruolo sociale della nostra professione oltre che essere un valore etico deontologico. Siamo di fronte ad una complessità organizzativa che richiede di riportare sotto il controllo della professione lo sviluppo del sapere e delle pratiche in un continuo e costoso aggiornamento scientifico e tecnologico. Le società scientifiche sono il centro dello sviluppo delle conoscenze e delle pratiche e in questa attribuzione vanno inseriti i loro moderni ruoli e compiti. Devono diventare le naturali promotrici dello Sviluppo Continuo Professionale ovvero di quel sistema di formazione finalizzato al miglioramento delle abilità e delle competenze professionali opportunamente verificate e misurate. In prospettiva le società scientifiche dovranno

configurare gli indicatori e gli standard dello sviluppo professionale. Spetta alla FNOMCEO promuovere il quadro normativo che offra dignità giuridica alle società scientifiche.

• **Difendere la professione.** In questo quadro generale, alla professione medica è richiesta sempre di più la capacità di sapersi misurare con un ambiente mutevole, di sviluppare strategie chiare e flessibili da implementare con razionalità per conservare lo spazio di autonomia e di forte identità che l'ha sempre contraddistinta. Il mondo professionale medico sarà sempre di più investito di responsabilità in prima persona per le proprie azioni professionali verso i pazienti, dovrà modificare i propri comportamenti e dovrà adottare modelli basati sulla reale partecipazione di tutto il variegato mondo delle professioni nonché essere capace di intervenire sia nella fase della pianificazione che del governo del proprio cambiamento. La professione medica deve concorrere al governo del nuovo assetto socio sanitario e per affrontare difficoltà in cui si interfacciano culture diverse: politica, scientifica, tecnologica, pedagogica, bioetica, antropologica, sociologica, economica e non per ultime la cultura del cosiddetto management. La femminilizzazione della professione medica investe tutto il sistema sanitario con un impatto non inferiore a quello che hanno in questi tempi la transizione demografica e la transizione epidemiologica. Dobbiamo pertanto sviluppare nuove idee da un punto di vista organizzativo e relazionale che ci impongono una riflessione condivisa sulle dinamiche sociali e culturali di questa nuova realtà.

L'Ordine professionale quale organismo pubblico non economico posto sotto la tutela del Ministero della salute deve:

- Assicurare strumenti per governare autonomamente e responsabilmente la professione, nell'interesse dei cittadini;
- Garantire la qualità della professione medi-

ca ed odontoiatrica intervenendo in ogni sua variabile dipendente (accesso alle facoltà Universitarie, curriculum formativo di base, specializzazioni, formazione in medicina generale, ECM) considerando anche gli ambienti di lavoro, l'organizzazione e gli sbocchi occupazionali;

- Avere costante attenzione sulle decisioni delle strutture sanitarie pubbliche e private e denunciare i comportamenti nonché gli obblighi imposti ai professionisti medici e odontoiatri in contrasto con i doveri professionali e deontologici e lesive della dignità e della professionalità medica;
- Avere attiva e continua partecipazione propositiva ufficiale a tutti i momenti legislativi, programmatori ed organizzativi che riguardano la sanità e la professione;
- Esercitare una forte pressione sulle forze politiche al fine di eliminare progressivamente ogni situazione di precariato medico e, tenuto conto del dato demografico che evidenzia la presenza rilevante di donne medico; prevedere nella gestione delle risorse umane azioni rivolte a favorire una maggiore conciliabilità tra i tempi di lavoro e di carriera e i tempi della cura parentale;
- Riaffermare e promuovere la centralità della FNOMCeO nella difesa dei principi etici generali e di quelli professionali attraverso la rivisitazione dell'etica professionale e la ricerca di un denominatore comune sul piano teorico e su quello pratico, che possa permettere un dialogo costruttivo tra visione laica e visione religiosa sui temi della vita e dei valori ad essa riferiti;
- Valorizzare le affinità e indicare le sinergie tra medici ospedalieri, medici del territorio, medici dei servizi e medici liberi professionisti. La complessità e la rigidità dell'organizzazione sanitaria, ci obbliga a riflettere sulle competenze al fine di conseguire obiettivi comuni di difesa e promozione della nostra professione;
- Porre attenzione costante alle tematiche previdenziali e assistenziali attraverso un qua-

lificato sistema di collegamento tra le istituzioni preposte.

CONCLUSIONI

La FNOMCEO ha inteso definire, sulla base dei contributi acquisiti in occasione della III Conferenza Nazionale di Rimini, gli elementi portanti di un rinnovato pensiero professionale.

Il percorso per orientare e accompagnare l'evoluzione della figura del medico nel nostro Paese, richiede una prospettiva temporale di medio-lunga durata, un'azione caratterizzata da flessibilità e creatività nel cogliere e sviluppare di volta in volta innovazioni e opportunità, una verifica periodica dello stato dell'arte che diventi poi revisione e punto di ripartenza per tutti i protagonisti coinvolti.

Rivisitare il ruolo e i doveri del medico nella realtà presente multidimensionale, significa recuperare il senso più profondo di cura dove scienza, cultura, valori, sensibilità, utilità, modalità e soprattutto la personalizzazione permettono di accedere al malato quale persona per consolidare l'alleanza terapeutica.

Al fine di rafforzare e migliorare le cure, soprattutto negli aspetti relativi al coordinamento e continuità delle cure e della facilità nell'accesso ai servizi, la FNOMCeO propone una revisione della governance in sanità i cui i punti qualificanti sono individuati in:

- Delinare un processo di "ricapitalizzazione" del lavoro professionale dopo anni di subalternità delle risorse umane a mere logiche di tenuta dei conti, di svilimento dei valori di riferimento (autonomia, responsabilità, meritocrazia, trasparenza, formazione, sviluppo delle competenze) che sono il cuore dei servizi alla persona;
- Sviluppare modelli organizzativi che facilitino le relazioni e l'integrazione trasistemi e tra professionisti garantendo una equilibrata ed efficace leadership funzionale;
- Rendere la professione medica coerente ad

una nuova identità professionale capace di realizzare le sinergie interprofessionali e interdisciplinari per rispondere in termini qualificati al bisogno di salute dei cittadini;

- Favorire un nuovo modello di formazione professionale continua che aiuti il medico ad operare nelle relazioni e nella complessità;
- Ridefinire lo stato giuridico del medico tenendo conto che dalle attuali forme di dipendenza e convenzionamento nascono gran parte dei condizionamenti all'autonomia professionale;
- Definire l'impianto assistenziale in corrispondenza del nuovo welfare, superando il concetto di competizione per sostituirlo con quello della qualità della prestazione;
- Evitare gli eccessi di una politica sanitaria assoggettata alle esigenze economico finanziarie, particolarmente gravose per le Regioni sottoposte a piani di rientro;
- Superare la eccessiva parcellizzazione e frammentazione dei tanti modelli Regionali;
- Favorire la comunicazione sanitaria che deve orientarsi verso una forma partecipativa del cittadino oltre che degli addetti ai lavori per assicurare il futuro al complesso dei servizi e del sistema;
- Offrire alla professione l'apporto esperienziale delle persone che accedono ai servizi, deve costruire una partecipazione esperta e come tale va educata. Nella fattispecie il SSN deve farsene carico nell'ottica tipica della learning organization.

Nonostante ci siano aspetti di competenza degli Ordini ed altri di competenza dei Sindacati, è importante che le diverse competenze, esercitate legittimamente da ciascuno in modo autonomo, si collochino all'interno di un unico disegno che la Professione deve condividere in termini di politica della salute e di difesa del SSN.

Approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO riunito a Bari il 16 settembre 2016

Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	3
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	5
<i>Documento sui vaccini</i>	6
<i>Protocollo d'intesa tra la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e il Consiglio Nazionale Forense</i>	10
<i>Biblioteca virtuale FNOMCeO-EBSCO: un supporto per accedere al servizio</i>	15
<i>Abstract delle tesi di laurea</i>	
<i>Dr. Luca Barlone</i>	16
<i>Dr. Thomas Caiffa</i>	16
<i>Dr.ssa Margherita Contento</i>	18
<i>Dr.ssa Giovanna Gallas</i>	19
<i>Dr.ssa Giulia Marega</i>	21
<i>Dr.ssa Francesca Migliozzi</i>	21
<i>Dr. Pietro Mininel</i>	22
<i>Dr.ssa Alessandra Nicotra</i>	23
<i>Dr.ssa Elisa Olivo</i>	25
<i>Dr.ssa Alessia Visintin</i>	26
<i>In copertina</i>	27
<i>Polimorfismi del gene del recettore della vitamina D (VDR) e tumore della prostata nella popolazione del nord Italia</i>	28
<i>Dalla III Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica di Rimini: progettiamo il futuro</i>	30
<i>Medici sostituti</i>	37

Bollettino periodico

Direttore responsabile:

Dr. Adriano Segatori

Comitato di redazione:

Il Consiglio dell'Ordine

Presidente:

Dr. ssa Roberta Chersevani

VicePresidente:

Dr. Albino Visintin

Segretario:

Dr. Antonio Colonna

Tesoriere:

Dr. ssa Liliana Foghin

Consiglieri:

Dr. ssa Chiara Bregant

Dr. Fulvio Calucci

Dr. Paolo Coprizev

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr. ssa Francesca Medeot

Dr. ssa Francesca Verginella

Dr. ssa Laura Zulli

Commissione Albo Odontoiatri:
Presidente:

Dr. Gianfranco Ferrari

Componenti:

Dr. Paolo Coprizev

Dr. ssa Monica Massi

Dr. ssa Claudia Sfiligoi

Dr. Lorenzo Spessot

Collegio dei Revisori dei Conti:
Presidente:

Dr. Lucio Medeot

Componenti effettivi:

Dr.ssa Marcella Bernardi

Dr.ssa Leila Tomasin

Componente supplente:

Dr.ssa Silvia Marizza

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: info@ordinemedici-go.it

tel. 0481 531440 fax 0481 534993

Novembre 2016

copia omaggio

anno 16 n. 1

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.

