



Bollettino

03/2020

**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

indice

- | | | |
|----|--|---------------------------------------|
| 6 | | Commiato |
| 9 | | Elezione commissione Albo Odontoiatri |
| 10 | | Vivere in condominio |
| 19 | | La sarcopenia |

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

Sommario

- 3 PROSEGUONO LE MORTI DEI MEDICI
- 5 ASSEMBLEE ELETTORALI QUADRIENNIO
2021/2024
- 6 COMMIATO
- 9 ELEZIONE COMMISSIONE ALBO
ODONTOIATRI
- 10 VIVERE IN CONDOMINIO
- 14 LINEE-GUIDA PER L'USO DELLA
PILLOLA ABORTIVA
- 16 SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO
MEDICI ITALIANI REGIONE UMBRIA
- 17 "L'INSOSTENIBILE LEGGEREZZA DI CHI
CI GOVERNA"
- 19 LA SARCOPIENIA
- 26 LA BAMBINA ALBANESE
- 28 IL TEMPO VOLA
- 30 SUL DIRITTO A (NON) ESSERE SANI
SULLA CULTURA UMANA IN NATURA

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
 - avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
 - essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.
- La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Dott.ssa Verena De Angelis

Tesoriere

Dott. Andrea Donati
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Stefano Lentini

Consiglieri

Dott. Mario Berardi

Dott.ssa Patrizia Bodo

Dott. Marco Caporali

Dott.ssa Cristina Cenci

Dott. Alfredo Crescenzi

Dott. Stefano Cusco

Prof. Cesare Fiore (+)

Dott.ssa Alessandra Fucà

Dott. Gian Marco Mattioli

Dott. Antonio Montanari

(Consigliere Odontoiatra)

Dott. Primo Pensi

Dott. Tiziano Scarponi

Dott. Massimo Sorbo

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott. Andrea Donati

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott. Ezio Politi

Presidente

Dott. Antonio Montanari

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Giovanni Battista Genovesi

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Membro supplente

Dott.ssa Claudia Giannoni

Presidente

Dott. Francesco Giorgetti

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

Comitato di redazione

Dott.ssa Silvia Carsetti

Dott.ssa Cristina Cenci

Dott. Igino Fusco Moffa

Dott. Alfredo Notargiacomo

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Giuseppe Quintaliani

Prof. Fausto Santeusano

Dott. Massimo Sorbo

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it

segretario@ordinemediciperugia.it

uffici@ordinemediciperugia.it

commissioneodo@ordinemediciperugia.it

previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it

PROSEGUONO LE MORTI DEI MEDICI

“Il 19 novembre è arrivata la triste notizia della scomparsa per malattia da coronavirus del collega Stefano Brando.

Non crediamo che si debbano aggiungere altre parole a quelle del nostro presidente Graziano Conti e del presidente regionale della FIMMG cui Stefano era iscritto da sempre.”



L'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia comunica con immenso dolore la scomparsa del collega dottor Stefano Brando ed è vicino ai suoi familiari. Il dottor Brando era un Medico di Medicina Generale di 62 anni, che aveva contratto il virus Sars Cov 2 operando in prima linea nell'assistenza ai propri pazienti, al pari di tanti altri colleghi del territorio ed ospedalieri della nostra regione. Stimato professionista, attivo nel sindacato FIMMG e nella SIMG, la società scientifica della medicina generale, operava nell'ambito della Aft di Madonna Alta e svolgeva la propria attività presso Perugia città.

Dall'inizio di questa vicenda, nel nostro Paese, sono oltre 200 i medici caduti in questa battaglia, in larga parte Medici di Medicina Generale. In questa seconda ondata, dal mese di ottobre, la metà dei deceduti sono Medici di Famiglia. In queste settimane, purtroppo, abbiamo letto articoli sui giornali o assistito in televisione a dibattiti sulla medicina del territorio ove, con superficialità e approssimazione e distorsioni della verità, si è infangata questa categoria. Al nostro Ordine è addirittura arrivata una segnalazione da parte del Codacons che in un giorno, avendo contattato, nell'arco di sette minuti, cinque medici della nostra città, all'inizio dell'orario di ambulatorio, non ha ricevuto da due immediata risposta. Ebbene la risposta è quella di chi, come Stefano Brando, ogni giorno paga con la morte sul lavoro il proprio tributo di sangue per assistere i cittadini.

La FIMMG UMBRIA piange oggi uno dei suoi più validi militanti e collaboratori, il dottor STEFANO BRANDO e si stringe con dolore e con affetto ai tutti i suoi familiari.

Stefano era un Medico di Famiglia di soli 62 anni che si è ammalato di COVID



operando in prima linea sempre con coraggio, spirito di servizio e di abnegazione nei confronti dei propri Assistiti. Svolgeva la propria attività nella città di Perugia, nella AFT di Madonna Alta.

La Medicina di Famiglia ha pagato e sta pagando soprattutto in questa seconda ondata, un tributo troppo alto che contrasta e stride con i giudizi frettolosi, ingenerosi e profondamente ingiusti che in queste settimane la vedono, in maniera superficiale e forse strumentale, nel mirino.

I Medici di Medicina Generale rispondono come sempre lavorando in silenzio ed in sacrificio, sul campo ed in trincea, giorno e notte, sette giorni su sette, in ambulatorio ed a domicilio, in collaborazione con la Guardia Medica e le USCA, rimanendo un solido e sicuro punto di riferimento e di fiducia insostituibile per tutti i Cittadini coi loro problemi di salute e di fragilità, con le loro paure e coi loro bisogni di vicinanza, di supporto e di assicurazione. Lo fanno senza più limiti di orario, di riposo e di festività, anche perché su di loro rimangono e gravano tutte le patologie non Covid e tutte le cronicità, che oggi più che mai, non riescono a trovare risposte ed ascolto negli Ospedali e nei Pronto Soccorso, oberati come sono dai malati Covid.

Molti Medici di Famiglia per questo si ammalano, sono in quarantena o sono ricoverati in semi-intensiva o in rianimazione. E sono tanti!

Stefano non ce l'ha fatta.

Per la sua memoria e per il suo sacrificio, adoperiamoci almeno tutti, ciascuno nei propri ruoli e nelle proprie responsabilità, perché non ci siano altre mogli, altri figli, altri colleghi, altri amici a rimanere nel pianto e nel dolore.

La FIMMG è stata per Stefano una grande famiglia, alla quale lui ha dato tanto e ora la FIMMG UMBRIA si mette a disposizione dei suoi cari per ogni e qualsiasi esigenza e necessità



Mentre stavamo per andare in stampa, è arrivata la triste notizia della scomparsa di un altro collega Natale Mariani per malattia da corona virus.

Preghiamo tutti per Stefano e Natale e rimaniamo vicino ai suoi cari, non solo oggi.

FOTO PRESA DALL'ARCHIVIO STORICO OMCEO PERUGIA

ASSEMBLEE ELETTORALI QUADRIENNIO 2021/2024



Ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del D.M. 15 marzo 2018 nonché dell'articolo 6, comma 3, del Regolamento della FNOMCeO sulle modalità operative per lo svolgimento delle operazioni elettorali, adottato ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del predetto D.M. 15 MARZO 2018, si comunica che a seguito delle elezioni svoltesi, in terza convocazione, nei giorni 02, 03, 04 ottobre 2020 ed all'attribuzione delle cariche avvenuta in data 12/10/2020, il Consiglio Direttivo, la Commissione Odontoiatri e il Collegio dei Revisori dei Conti di questo Ordine per il quadriennio 2012-2024 risultano così composti:

per il **CONSIGLIO DIRETTIVO**:

Presidente	Dott.ssa Verena DE ANGELIS
Vice Presidente	Dott. Tiziano SCARPONI
Tesoriere	Dott. Andrea DONATI (Consigliere Odontoiatra)
Segretario	Dott. Massimiliano BUCARI
Consiglieri	Dott. Mario BERARDI Dott. Marco CAPORALI Dott.ssa Silvia CARSETTI Dott. Alvaro CHIANELLA Dott. Alfredo CRESCENZI Dott. Stefano CUSCO Dott. Pasquale GALLO Dott.ssa Caterina MARCUCCI Dott. Gian Marco MATTIOLI Dott. Giorgio MISCETTI Dott.ssa Elisa PACCAMICCIO Dott. Massimo SORBO

per la **COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**:

Presidente	Dott. Antonio MONTANARI
Vicepresidente	Dott. Andrea DONATI
Componenti	Dott. Rashin ALIPANAH
Tesoriere	Dott. Andrea Donati
Consiglieri	Dott. Leonardo CANCELLONI

per il **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**:

Effettivi	Dott.ssa Elena BARTOLONI BOCCI
VicePresidente	Dott.ssa Claudia GIANNONI
Supplente	Dott. Francesco GIORGETTI

COMMIATO

DOTT. GRAZIANO CONTI

All'inizio di questo bollettino è riportata la composizione dei nuovi organi collegiali del nostro Ordine per la prossima consiliatura 2021/2024.

Per la prima volta dopo trentatré anni il mio nome non è presente.

La mia attività ordinistica, iniziata con le elezioni dell'ottobre 1987 nel triennio 1988/1990, si conclude infatti con il prossimo 31 Dicembre 2020.

Le ragioni che mi hanno spinto a non ripresentare la mia candidatura le ho evidenziate nella lettera che ho inviato agli iscritti prima della terza, definitiva, convocazione elettorale dello scorso ottobre e che ho chiesto al Direttore del Bollettino di pubblicare di seguito.

Dalla ricostituzione degli Ordini, dopo la seconda guerra mondiale e dal DPR 221 del 1950, che aveva normato i procedimenti elettorali, a Perugia si sono succeduti nella carica dieci Presidenti. Nomi celeberrimi come il prof. Paride Stefanini o personaggi che hanno significato molto nella storia della nostra sanità come Giulio Menesini, Giuseppe Minniti, Alessandro Ventura. Per quanto riguarda la permanenza in carica abbiamo avuto un Presidente che ha operato meno di tre mesi e altri che hanno fatto numerosi mandati come il prof. Luigi Bernicchi (4 mandati dal 1967 al 1978) o il dott. Carlo Andrea Pacifico (5 mandati dal 1979 al 1993).

Io, che non pretendo di fare paragoni, perché ognuno ha la sua storia, ho fatto due mandati da Consigliere, uno da Vice Presidente e otto da Presidente. Sono in carica da molto tempo quindi, qualcuno potrebbe dire troppo, ma esclusivamente grazie al voto e alla fiducia di chi ha ritenuto, ogni tre anni, di venire a votare, a volte moltissimi, in occasione particolari e difficili, e a volte pochi, quanto bastava per raggiungere il quorum, in situazioni più tranquille.



C'è chi ha fatto notare che dietro questa longevità c'era la compattezza e l'organizzazione della mia categoria, la Medicina Generale. E' vero anche questo ma se essere iscritti ad un sindacato non deve essere un requisito e un vantaggio non può nemmeno essere un limite o un ostacolo.

Ho sempre riconosciuto di essere un uomo di parte, perché ognuno di noi lo è, se non altro per amicizie, anni di lavoro insieme, comuni interessi, ma credo di aver dimostrato, con i fatti, come ho peraltro affermato spesso, di non essere stato "partigiano". I valori della professione, che un Ordine e i suoi rappresentanti debbono tutelare, sono comuni a tutti i medici, in qualsiasi campo operino e a qualsiasi sindacato o associazione siano iscritti. E' quello che ho cercato di fare, e non come tanti affermano solo per "spirito di servizio".

Diffido di chi sostiene di agire sempre "per spirito di servizio". Tutti coloro che operano in certi ruoli lo fanno perché ritengono di avere delle idee, perché giudicano di esserne capaci, perché sperano di fare qualcosa di buono e se sono onesti e agiscono con correttezza e diligenza riescono così a tutelare sé stessi e, insieme, tutti gli altri colleghi.

Come ho scritto nella mia lettera, spero di andarmene con eleganza e discrezione e anche con la presunzione di essere riuscito ad attuare quanto richiede l'articolo 54 della nostra Costituzione ai cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche, cioè di averle svolte con disciplina e onore.

Ripeto anche che ho molti debiti nei confronti di tanti di Voi per i consigli, l'appoggio, la collaborazione. Non mi sono azzardato a citare alcun nome per non correre il rischio di dimenticare qualcuno, ma non posso non chiudere con almeno due ringraziamenti.

Uno per il personale dell'Ordine. All'inizio della mia esperienza mi sono trovato in breve tempo ad avere a che fare con il pensionamento dei vecchi storici dipendenti: le signore Teresa e Argene e il signor Carlo. Non è stato un momento facile ma sono stato fortunato con i nuovi arrivati: Milena, Rita, Sergio, Simone. In pratica siamo cresciuti insieme in conoscenze ed esperienza. Ora sono loro che possono dare una mano ai nuovi organi collegiali.

L'altro grazie è per la mia famiglia che mi ha sopportato e supportato e in particolare per mia moglie che, nei momenti difficili, mi ha aiutato a credere in me ma soprattutto, e sicuramente più spesso, conoscendomi a fondo, mi ha anche accuratamente tenuto lontano dal pericolo di crederci troppo.

LETTERA AGLI ISCRITTI DAL PRESIDENTE DEL 29/09/2020

Cari colleghi,

nei prossimi giorni, in terza convocazione, saranno eletti i nuovi Organi Collegiali che avranno il compito di condurre il nostro Ordine Provinciale per i prossimi quattro anni.

La legge n. 3 del 11/01/2018 e le successive disposizioni attuative, compreso il regolamento elettorale, hanno modificato profondamente alcune norme e le modalità di svolgimento delle elezioni.

Tra le più significative: la presentazione entro precisi termini delle candidature, la modifica del seggio, la possibilità di una unica convocazione per le tornate elettorali (che diventano tre), la variazione della durata della consiliatura (che passa da tre a quattro anni), la limitazione a due dei mandati, la presidenza del collegio dei revisori dei conti attribuita ad un Revisore esterno.

Oltre a queste modifiche vi è l'invito esplicito a favorire il ricambio generazionale e la rappresentanza di genere cui non per obbligo normativo, ma per intima convinzione ho inteso aderire.

Benché infatti le istruzioni ministeriali specifichino chiaramente che la limitazione dei due mandati entra in vigore da questa legislatura, io che di mandati ne ho fatti ben di più e che già dall'inizio di questo triennio lo avevo preannunciato, ho deciso di non ricandidarmi in alcun ruolo.

Sicuramente è stato più facile iniziare, tanti anni fa, che smettere ora.

Il distacco è difficile, ma ad un certo punto inevitabile, per tanti motivi, anche personali e familiari. È stata una attività impegnativa, non facile, spesso faticosa, anche per la distanza dalla sede e la necessità di trovare un equilibrio con l'attività professionale.

Ora da pensionato, oltre l'esperienza passata, sicuramente avrei più tempo, ma proprio il fatto di essere fuori dal mondo del lavoro mi fa ritenere che potrei correre il rischio di non percepire appieno i problemi, le difficoltà e le necessità della categoria.

Concludendo una lunga esperienza ordinistica, come la mia, di solito si fanno bilanci e si magnificano le cose fatte. Non farò nulla di tutto ciò.

Quello che è stato fatto è sotto gli occhi di tutti mentre quello che non è stato fatto può sicuramente variare in funzione delle attese e delle aspettative di ognuno. Talvolta forse non sarò stato come avreste voluto, ma posso assicurare di averci messo sempre tutto il mio impegno

Ho letto tempo fa in un giornale a proposito di una formazione politica questo commento:

"Gli storici e critici del grande teatro elisabettiano ricorrono, per valutare l'eccellenza di attori e attrici, a quel criterio essenziale rappresentato dalla capacità di uscire di scena. In senso proprio: la misura, cioè, con cui raggiungono le quinte, una volta conclusa la propria parte. Eppure, uscire di scena con eleganza e discrezione è un'impresa ardua: difficilissima nello spettacolo e nello sport, rarissima in politica."

Ecco io spero di uscire con eleganza e discrezione e anche con la presunzione di essere riuscito ad attuare quanto richiede l'articolo 54 della nostra Costituzione ai cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche, cioè di averle svolte con disciplina e onore.

Ho molti debiti nei confronti di tanti di Voi per i consigli, l'appoggio, la collaborazione. Non mi azzardo a citare alcun nome per non correre il rischio di dimenticare qualcuno.

Ringrazio pertanto tutti per la stima, l'amicizia, la fiducia che mi avete dimostrato in questi anni, offro il mio aiuto e confermo la mia disponibilità nei confronti di chi avrà l'onere di guidare l'Ordine nel prossimo futuro.

ELEZIONE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Nei giorni 2, 3 e 4 ottobre 2020 si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo, della Commissione Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti di questo Ordine Provinciale per il triennio 2021-2024.

Nonostante il meteo e le alterne vicende di questi mesi, **sono stati tanti i Colleghi che si sono presentati al seggio durante le tre giornate.**

L'urna ha sancito **la conferma in toto della lista "La nostra CAO"**, sono risultati eletti la dr.ssa Alipanah Rashin, i dottori Andrea Donati, Leonardo Cancelloni, Antonio Montanari e Lorenzo Olivieri. I dottori Donati e Montanari, essendo risultati i più votati, andranno a ricoprire anche il ruolo di Consiglieri e membri dell'Esecutivo dell'Ordine, con Donati Tesoriere e Montanari Presidente dell'Albo. Grande risultato di preferenze anche per la dr.ssa Claudia Giannoni nel Collegio dei Revisori dei Conti.

L'esito della votazione ha rappresentato una **volontà di riconferma per la precedente Commissione e un riconoscimento del suo operato**; l'elezione della Dr.sa Rashin è un ulteriore passo, fatto nel solco del coinvolgimento di forze nuove, valenti e propositive. Come in tutte le elezioni, ci sono state quindi conferme, arrivi e commiati. In particolare Graziano Conti, che potremmo senz'altro affermare "ha fatto la storia" dell'Ordine dei Medici perugino, dando un'impronta di serietà, onestà intellettuale, straordinaria competenza e rigore dei comportamenti, ha deciso di non ricandidarsi, con grande signorilità, nonostante numerose sollecitazioni.

Al suo posto, per il quadriennio 2021 – 2024, alla Presidenza è stata eletta Verena De Angelis, oncologa al S.M. della Misericordia, la quale ha ottenuto un notevole consenso personale. Per l'Albo Odontoiatri, infine, Giovanni B. Genovesi ed Ezio Politi, dopo una lunghissima "militanza" in ambito sindacale ed ordinistico, con altrettanta compostezza e signorilità, hanno deciso di lasciare spazio ai più giovani. Genovesi continuerà l'attività di formatore 81/08 in ANDI, mentre Politi rappresenterà l'Umbria in ENPAM Quota B libera professione. Nel segno della continua informazione dei nostri Colleghi, onde evitare violazioni del nostro Codice Deontologico (violazioni suscettibili di procedimenti disciplinari e di sanzioni) e comunque delle leggi dello Stato ricordiamo che:

Art. 56 Codice di Deontologia medica - **Pubblicità informativa sanitaria** – [...] La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

A questo proposito vi invitiamo a consultare il sito dell'Ordine – Professione Medica – Pubblicità Sanitaria, dove si possono trovare tutte le leggi, le notizie, i divieti e le indicazioni sulla materia.

Ddl 124 del 4 Agosto 2017 – comma 150 - anche il dentista dovrà, obbligatoriamente, preventivamente indicare, in forma scritta o digitale, la misura del compenso con un preventivo di massima, che deve essere adeguato all'importanza dell'opera.

Per qualsiasi dubbio ogni Collega può contattare il Presidente della Commissione tramite gli uffici di segreteria dell'Ordine.

VIVERE IN CONDOMINIO

DOTT. TIZIANO SCARPONI

L'estate 2020 sarà ricordata per tanti motivi: la pandemia con i suoi negazionisti e i suoi terroristi, in spiaggia con la mascherina, il caldo e anche per la "rivoluzione" nel territorio dal punto di vista sanitario di cui però pochi se ne sono resi ancora conto. Il cosiddetto Decreto Rilancio del 14 luglio, infatti, ha sancito la nascita dell'infermiere di famiglia o comunità, mentre un emendamento del cosiddetto Decreto Calabria del 24 giugno ha istituito la figura dello psicologo delle cure primarie.

Per un fautore dell'approccio complesso e sistemico come me, l'istituzione di due figure così importanti non può che essere apprezzata e condivisa. Oramai la complessità della patologia cronica può essere affrontata solo con competenze multidisciplinari e con un'operatività che non può esulare dall'intervento nel territorio di più operatori. E' da quando ho iniziato la mia attività professionale, alla fine degli anni '70, che sento parlare di rete assistenziale e di integrazione dei ruoli, ma il più delle volte sono rimasti dei concetti teorici che quasi mai si è riusciti a realizzare nella pratica quotidiana. Sarà questa la volta buona? Cerchiamo di capire meglio quello che recitano questi decreti legge.

"...L'infermiere di famiglia e comunità è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica.

Il suo ruolo è quello di promuovere salute, prevenzione e gestire nelle reti multiprofessionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie.

Risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico."

Certo! Si tratta di una definizione ambiziosa che deve essere valutata positivamente. Dietro questa definizione, infatti, si sviluppa tutta una visione moderna della medicina che gestisce la patologia cronica con un monitoraggio continuo che va dalla telemedicina, al teleconsulto, al contatto diretto. Si può



sviluppare la possibilità di una medicina proattiva che intervenga prima che un fattore di rischio sviluppi una malattia vera e propria, che è capace di modificare gli stili di vita e di intervenire se occorre anche nell'ecologia di una comunità.

Anche lo psicologo del territorio non scherza.”..*La mission* sia della psicologia di cure primarie è la garanzia del benessere psicologico di qualità nella medicina di base, sul territorio, vicino alla realtà di vita dei pazienti, alle loro famiglie e alle loro comunità, fornendo un primo livello di servizi di cure psicologiche, di qualità, accessibile, efficace ed integrato con gli altri servizi sanitari, caratterizzato *dunque anche da costi contenuti e contraddistinto da una rapida presa in carico del paziente.*

Un sistema di cure primarie utile ed efficace presuppone che l'attenzione alla componente psicologica della salute è fondamentale, e non si tratta solo di offrire cure al disturbo psicologico, o di trattare il problema individuale, occupandosi del benessere e della salute psicofisica dei cittadini di un territorio, dei membri di una comunità, in modo equo e accessibile, per fornire a tutti indistintamente cura e terapia, ma anche per promuovere consapevolezza, promozione di salute, e adozione di comportamenti positivi, rispondendo, inoltre a quattro grandi problemi:

- 1. Intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure che per il pronto soccorso;*
- 2. Intercettare i bisogni di benessere psicologici che spesso rimangono inespressi dalla popolazione;*
- 3. Organizzare e gestire l'assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura;*
- 4. Realizzare una buona integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale.*

Anche qui troviamo tutta la potenzialità per poter soddisfare la presa in carico globale della salute dei nostri pazienti , gestendo noi la componente organica e lo psicologo la componente psichica.

Sarà possibile pertanto l'approccio complesso ai nostri pazienti, aumentare l'aderenza ad una dieta, far smettere di fumare e aiutarli a superare disturbi depressivi ed ansiosi o, se vogliamo essere riduzionisti, avremo finalmente la possibilità di “stanare” ed inchiodare alla propria responsabilità esistenziale tutti gli ipocondriaci che affollano i nostri studi facendogli capire la vera natura dei propri problemi.

Tutto rose e fiori? Certamente no! Come il solito, fra il dire e il fare c'è in mezzo il mare, come recita un vecchio proverbio e l'obiettivo di questo editoriale è proprio quello di far riflettere sulle immancabili criticità che si presenteranno.

Affrontiamo subito quello che riguarda la nostra posizione di medici di famiglia! Ragionando in casa nostra! Già me lo immagino i mugugni, le ritrosie, i dubbi, se non un vero e proprio ostruzionismo che immancabilmente scatterà da parte nostra: retaggio di un'abitudine al non confronto, a vivere in maniera autarchica pensando di essere gli unici protagonisti della gestione del territorio. Qui ci sarà molto da lavorare nel far superare la diffidenza iniziale, come è stato per la medicina di gruppo, per le aggregazioni professionali della Medicina Generale, per l'introduzione e l'uso dell'informatica. Ci si dovrà rimboccare le maniche, insomma, e tutti coloro che sono preposti alla formazione dovranno lavorare in

prima persona per spingere la Professione a quello che è il processo più difficile: il cambiamento.

Quando parlo di formazione credo di affrontare quella che è la prima criticità e non solo della Medicina Generale, ma in particolar modo della istituzione che per antonomasia è predisposta alla formazione: l'Università. Ci proverà questa ad evolversi e a formare non solo medici con approccio specialistico, ma capaci di integrarsi con i vari ruoli che dovranno poi rivestire? Credo che una profonda riflessione dovrà essere fatta perché ogni volta che un laureando o un neolaureato entra nel mio studio per l'abilitazione all'esercizio della professione mi rendo conto come ancora siamo veramente lontani.

I soldi? Le risorse ci sono? Anche questa è una grande criticità. Ovviamente non sono in grado di rispondere, ma dalla lettura dei decreti legge si desume che con l'intervento di queste due nuove figure si dovrebbe avere un risparmio in quanto è di fatto un investimento sulla prevenzione e per quanto riguarda poi gli psicologi, esistono studi che dimostrano come ci sia una maggiore appropriatezza nell'accesso alle cure e quindi un risparmio. Con questi ultimi poi c'è un passaggio nel testo del decreto che non ho ben capito: *"...prevede esclusivamente che quando il medico di famiglia vuole aumentare il suo massimale di assistiti si può giovare dello psicologo."* Aspettiamo pertanto che arrivino delucidazioni autunnali per recepire meglio cosa significhi.

Volevo proseguire sugli eventuali scenari e sulle ulteriori criticità che potrebbero intervenire oltre al problema reciproco della formazione e delle risorse necessarie.

Senza dubbio un grosso problema prevedo che sarà il conflitto generazionale fra noi medici generali, per la maggior parte ultracinquantenni, con infermieri e psicologi probabilmente molto più giovani! Questo visto in positivo potrebbe essere invece una risorsa. Si pensi al nostro bagaglio esperienziale come potrebbe aiutare l'entusiasmo e lo slancio di chi inizia, però i tempi di attuazione e della messa a regime in Italia dei DL farà sì che la maggior parte di noi vecchietti sarà in pensione.

Voglio addentrarmi in ulteriori riflessioni in merito soprattutto sul rapporto medico-psicologo di base che è il più innovativo. Bene o male con l'infermiere c'è un rapporto storico e consolidato nell'ambiente ospedaliero, nelle strutture di sanità pubblica e pertanto se pure con qualche "scossa di assestamento" anche nel territorio avverrà la stessa cosa.

Con lo psicologo la vedo più dura! In primis perché dovrà essere definito meglio come sarà l'interazione e l'integrazione con noi. Dovrà essere chiarita una volta per tutte il problema della compresenza, vale a dire il fare ambulatorio insieme, tutti e due contemporaneamente dietro la stessa scrivania, che potrebbe essere foriero di situazioni talvolta anche imbarazzanti soprattutto per i pazienti.

Un ostacolo, poi, è la ricaduta epistemologica della disciplina. Mi spiego meglio. La medicina, se pur con tutti i suoi limiti, a diversi livelli è oggettivabile e misurabile. La psicologia, nonostante il cognitivismo ci abbia provato in tutti i modi, invece no. Tante sono le teorie della mente e tanti sono gli orientamenti e le modalità di terapia e i conflitti, e le lotte quasi di religione che nella storia si

sono succedute fra le varie scuole non hanno certo aiutato e non aiutano a “fare comprensione”. C’è un altro aspetto poi, difficile da spiegare e da sintetizzare. Ci provo con delle riflessioni che forse qualcuno potrà dire che sono mie personali, ed è vero! Derivanti dalla mia esperienza, dal fatto che ho avuto una formazione da psicoterapeuta per cui sono iscritto nell’elenco dei medici psicoterapeuti e che per qualche anno sono anche stato iscritto nell’albo degli Psicologi dell’Umbria. Credo, però, che molti colleghi di una certa età come la mia, le condividono anche se non lo diranno mai ad alta voce.

I pazienti, i clienti tradizionali dello psicologo sono quasi sempre soggetti insicuri, indecisi, emotivamente instabili che necessitano spesso di essere presi per mano e poi portati a fare delle scelte. Questo ruolo dopo un po’ di tempo in qualcuno, soprattutto se giovane, fa scattare il meccanismo di sentirsi quasi un *magister vitae* un po’ con tutti, non solo con i pazienti. Se poi sempre qualcuno, matura la convinzione di saper “decifrare” l’inconscio del proprio interlocutore ecco che abbiamo uno stereotipo di un operatore di cui lascio immaginare le conseguenze a chi mi legge.

Quale è il messaggio che voglio dare alla fine! Che tutti quanti dovremo fare dapprima un passo indietro. Spogliarci tutti quanti dal voler rivestire il ruolo di primo attore. Tutti abbiamo da insegnare e da imparare. Si dovrà prendere atto che non viviamo più in una casa singola ma in un condominio in cui esistono delle regole. Anzi! In un condominio una volta chiusa la propria porta di casa ognuno vive la propria vita....d’ora in poi invece la nostra vita professionale dovrà essere vissuta con la consapevolezza di far parte di un sistema dove il totale non è la somma delle singole parti e le criticità di una parte si riverberano su tutti quanti. Buon lavoro.

ALCUNE RIFLESSIONI SULLE NUOVE LINEE-GUIDA PER L'USO DELLA PILLOLA ABORTIVA RU486 AY-HOSPITAL.

PROFESSOR FAUSTO SANTEUSANIO

Caro Direttore,
vorrei inserirmi nel dibattito attuale sull'uso della pillola abortiva RU486 e sulle nuove linee-guida diffuse recentemente dal Ministero della Salute. La questione si riferisce all'applicazione della legge 194 sulla interruzione volontaria di gravidanza. Come è ben noto, dal 2010 anche in Italia è stato consentito l'aborto farmacologico con ricovero ospedaliero, in alternativa a quello chirurgico. In data 12 agosto 2020, il Ministero della Salute ha espresso parere favorevole al ricorso all'aborto farmacologico, spostando il termine consentito dalla settimana sino alla nona settimana di gestazione, presso strutture ambulatoriali, o in consultorio familiare, quindi non più con ricovero ospedaliero. La RU486 è un anti-progestinico, il mifepristone, che ha lo scopo di favorire il distacco dell'embrione dalla mucosa uterina. A distanza di 36-48 ore si somministra una prostaglandina, il misoprostolo, che induce contrazioni uterine sino alla espulsione dell'embrione e del sacchetto embrionale. Viene in genere affermato che la procedura è semplice, indolore e sicura, per cui la donna, dopo la somministrazione della pillola di RU486 viene rimandata al proprio domicilio a gestire da sola l'evento abortivo. Anzitutto la procedura non è semplice perché un aborto volontario, pur consentito da una legge, è sempre un evento grave e drammatico, che lascia tracce significative in chi lo subisce, anche di ordine psicologico. In presenza di una gravidanza, fin dalle sue prime fasi, si realizza una simbiosi materno-fetale con una reciproca e continua comunicazione fra madre ed embrione-feto attraverso la liberazione di fattori bioumorali e cellulari e l'interruzione brusca di questo mirabile equilibrio fisiologico ha le sue conseguenze, come testimoniano molte donne sottoposte al trattamento. Non è indolore perché l'espulsione del prodotto del concepimento avviene con contrazioni uterine, provocate dalla prostaglandina misoprostolo, che sono spesso molto dolorose e possono associarsi a manifestazioni collaterali come vomito, nausea, malessere generale di durata variabile. Infine, l'aborto farmacologico non è privo di effetti collaterali perché possono verificarsi emorragie importanti, fino a richiedere il ricovero ospedaliero, ed infezioni uterine anche mortali se non riconosciute e non trattate tempestivamente. E'



vero che si tratta di eventi poco frequenti, ma pur sempre gravi e rischiosi per la vita della donna, come ben documentato dalla letteratura medica. Peraltro, queste complicanze sono ancor più frequenti se l'interruzione avviene oltre la settima settimana di gestazione, in accordo con le nuove linee-guida. Anche se alla persona interessata vengono fornite indicazioni e raccomandazioni dalle strutture ambulatoriali, dal day-hospital e dai consultori con la disponibilità del personale sanitario ad essere contattato in caso di necessità, bisogna mettersi nei panni di una ragazza o una giovane donna che, turbata dall'evento e desiderosa di mantenere la riservatezza, decide di gestire i suoi problemi nella speranza di riuscirci da sola: è la condizione di solitudine di una persona in un momento di particolare fragilità. Naturalmente si raccomanda il monitoraggio dei possibili eventi collaterali della pillola abortiva, ma una farmacovigilanza specifica ed accurata non è facile da realizzare per l'aborto farmacologico gestito a casa. Per queste ragioni è apparsa del tutto comprensibile, alcune settimane fa, la decisione della governatrice della nostra regione, Donatella Tesei, di rendere obbligatoria l'attuazione dell'aborto farmacologico in regime ospedaliero, come si fa per l'aborto chirurgico.

Vorrei aggiungere un'ultima considerazione: la legge 194, approvata nel 1978 dal Parlamento italiano, è stata proposta nel lungo dibattito parlamentare anzitutto come un male minore, offrendo essa uno strumento utile ad eliminare l'aborto clandestino, certamente assai più pericoloso. Inoltre, l'articolo 2 specifica chiaramente che la legge vuole essere anche un mezzo di prevenzione dell'aborto: infatti, ai consultori familiari, istituiti nel 1975, viene assegnato il compito di fornire alla donna, che fa richiesta di interruzione di gravidanza, tutte le informazioni necessarie per comprendere la gravità della decisione e conoscere le possibili soluzioni alle problematiche che sono alla base della scelta (di tipo economico, sociale, familiare ecc.), indicando concretamente gli strumenti di aiuto previsti dalla legge stessa. Questo punto centrale della legge 194, cioè la prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza, è stato spesso disatteso. E la possibilità offerta di un aborto farmacologico da gestire in casa rischia di semplificare ulteriormente il problema e di mascherarne la gravità.

Nel ringraziarla, caro Direttore, per l'attenzione che vorrà riservare a questa mia lettera, sarei lieto se i nostri colleghi, lettori del Bollettino, potessero offrire i loro commenti ed inserirsi in un dialogo che possa risultare utile a tutti, pensando alla difesa della vita nascente e alla protezione della salute della donna.

SINDACATO NAZIONALE
AUTONOMO MEDICI ITALIANI
REGIONE UMBRIA

MARCELLO RONCONI PRESIDENTE SNAMI UMBRIA



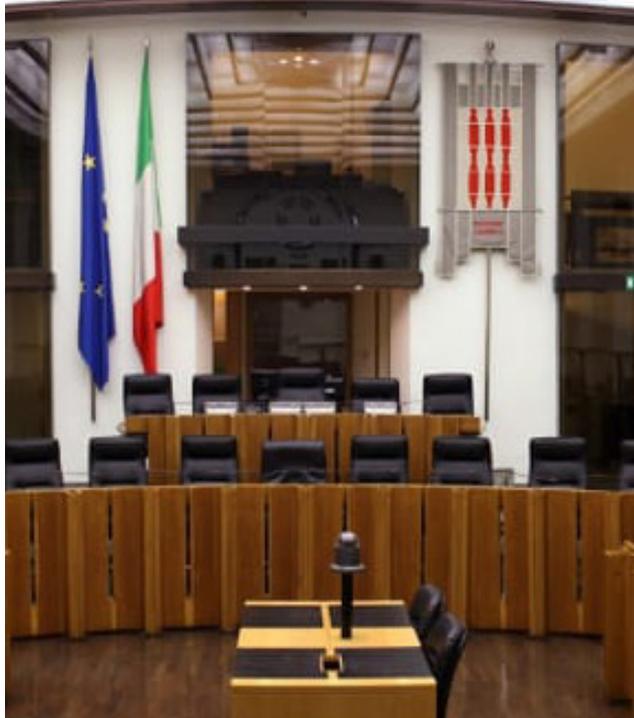
LA MEDICINA DEL TERRITORIO HA
PERSO LA SUA SCOMMESSA

Purtroppo dobbiamo rilevare come la Medicina del Territorio, ed in particolare la Medicina Generale e la Continuità Assistenziale hanno perso, almeno fino ad ora, la scommessa di diventare presidio sanitario efficiente e moderno; poco è cambiato dai tempi della riforma del SSN, sia nei compiti che nelle modalità di esercitare la professione, per il MMg e per la CA. E' subentrata in maniera preponderante l'informatica, le cui applicazioni però sono ancora limitate ad un uso semplicistico e molto lontano dalle potenzialità effettive. Il MMG attua ancora, in maniera prevalente, la solita medicina di attesa, in risposta a quesiti ed esigenze formulate dai pz, risulta oberato da una mole di burocrazia crescente, di fatto è occupato in gran parte del suo tempo a fare ricette. Viene trascurata quasi completamente quella MEDICINA DI INIZIATIVA CHE DOVREBBE ESSERE IL CARDINE DELLA nuova medicina territoriale! Una forma di attività proattiva che rovescia le impostazioni abituali, vede il Medico protagonista della prevenzione, dello stile di vita, della salute dei suoi assistiti, e non più mero esecutore di richieste altrui. La CA soffre poi di una sottostima permanente, da parte soprattutto dei vertici politici regionali, che privandola di un vero collegamento informatizzato con le cartelle cliniche dei pz, la costringono ad essere solo un presidio di copertura territoriale, una sorta di mini pronto soccorso con le armi spuntate e senza mezzi. Come si può continuare ad ipotizzare un ruolo così avulso dal contesto sanitario, già in difficoltà per isolamento territoriale e per sedi spesso poco idonee e attrezzate, e che invece dovrebbe rivestire una importanza strategica per il SSR? Il collegamento informatico permetterebbe la piena conoscenza del pz, una consapevole attività prescrittiva, la possibilità di evitare errori e ripetizioni penalizzanti anche dal punto di vista economico.

“L’INSOSTENIBILE LEGGEREZZA DI CHI CI GOVERNA”

DOTT.SSA SILVIA CARSETTI
MEDICO DI MEDICINA GENERALE FIMMG

Sono una collega di 43 anni, Medico di Medicina Generale che fino a qualche mese fa ha lavorato anche come Medico di Continuità Assistenziale: un lavoro duro, logorante, insidioso e sicuramente poco gratificante nelle condizioni in cui ancora oggi viene svolto. Si lavora in orari e in giorni in cui la maggior parte della popolazione e degli altri colleghi, con l’eccezione degli ospedalieri, se ne sta a casa a riposare o a festeggiare. E già questo, che se ne dica, soprattutto dopo anni di lavoro, non ti rende ben disposto. A qualunque ora del giorno e della notte ti trovi a domicilio del paziente, soprattutto anziano, di cui non sai praticamente nulla ad eccezione di quello che ti viene riferito da familiari o badanti, sperando che siano presenti e che quando tali siano in grado di fornire le informazioni sanitarie di cui hai bisogno. E qui vorrei aprire una parentesi che in teoria sarebbe lunghissima ma che cercherò di sintetizzare. Nella nostra Regione, dopo un accordo siglato nel 2017 sono state istituite le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) formate da una équipes di medici del territorio (Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale), uniche su tutto il territorio nazionale per come le abbiamo organizzate, aventi lo scopo di offrire alla popolazione un servizio ambulatoriale che insieme a quello della medicina generale coprisse le 12 ore diurne e 6 ore del sabato e dei giorni prefestivi. Quindi la medicina generale organizzata in gruppo copre dalle 08,00 alle 12,00 e dalle 16,00 alle 20,00 e l’ambulatorio delle AFT, per la popolazione di riferimento, copre dalle 12,00 alle 16,00. Chiaramente il presupposto su cui si basano le AFT è la condivisione delle informazioni sanitarie del paziente, patrimonio inestimabile che solo il MMG possiede e che raccogliendo il consenso del proprio assistito, può condividere con gli altri colleghi della AFT. La messa a punto di un sistema che permettesse tale condivisione è stata complessa ed ha impiegato molto tempo per essere realizzata e una volta fatta, le AFT sono partite. Ovviamente all’inizio con la sola attività ambulatoriale, fatta di visite e ripetizioni di prescrizioni perché prima di poter utilizzare questo prezioso strumento per gestire la cronicità attraverso l’applicazione di vari Percorsi Diagnostici Terapeutici, andava perfezionato il sistema informatico e avviato un percorso formativo delle due figure mediche che ne fanno parte volto ad implementare il



lavoro di équipes. Chi tra noi, come la sottoscritta, ci ha lavorato, si è reso subito conto della importanza di avere a disposizione la cartella clinica del paziente e gli utenti stessi che hanno usufruito del servizio ne sono rimasti entusiasti. E chi, come la sottoscritta, di situazioni in cui ti trovi a domicilio del paziente non in grado di fornire informazioni ne ha vissute parecchie, iniziando a fare le AFT si è reso subito conto di quanto importante poteva essere avere quel sistema anche nelle sedi di Continuità Assistenziale, di come questo potesse aiutare a prendere la famosa decisione che in guardia devi fare in poco tempo e cioè: "gestisco o ricovero?"

Se le sedi di CA, afferenti alla AFT di riferimento, avessero lo stesso sistema che permette, non solo la consultazione ma anche l'implementazione della cartella clinica del paziente in quanto quando il medico della AFT opera sul paziente il MMG può vedere cosa il collega ha fatto in termini di diario clinico e prescrizioni, la maggior parte degli interventi dei medici di CA sarebbero più efficaci e molti ricoveri si potrebbero evitare. Perché quando ti trovi al letto del paziente che non conosci ma di cui hai la storia clinica, puoi prendere delle decisioni volte più nell'interesse del paziente piuttosto che spinte dalla medicina difensiva o dal timore di non mettere in sicurezza il paziente stesso. Senza considerare poi che, se il giorno successivo il medico di continuità assistenziale si trova a fare il turno nell'ambulatorio AFT, quello stesso paziente potrebbe anche rivalutarlo o confrontarsi con il MMG che fa parte della stessa AFT. Solo in questo modo si può realizzare la famosa gestione H24 sul territorio dei pazienti soprattutto quelli anziani e più fragili, da parte delle due figure che notte e giorno, 7 giorni su 7, gestiscono la salute dei pazienti cioè il MMG e il MCA. Quindi a tutti coloro che criticano le AFT senza averne compreso fino in fondo l'importanza e il progetto in divenire, dicendo che non servono a nulla e sprecano denaro pubblico, vorrei dire di riflettere su quanto scritto e che ovviamente è un progetto che va migliorato ma con il tempo necessario per un cambiamento così importante.

Alla nostra Regione e alla nostre due Aziende che si ostinano a non installare il sistema informatico già in essere negli ambulatori delle AFT nelle sedi di CA, nonostante ci siano accordi firmati che lo prevedano, vorrei dire che stanno ostacolando la realizzazione dell'unico progetto fattibile di gestione dei pazienti H24 sul territorio che sia mai stato attuato in Italia.

Inutile dire cosa avrebbe significato poter usare quel sistema ora in emergenza Covid19, installandolo anche nelle neonate USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) concepite per essere il "braccio armato della medicina generale" poiché dotate di adeguati D.P.I. e i medici che ne fanno parte possono visitare a domicilio pazienti covid positivi o fortemente sospetti in accordo con il MMG o con il MCA. Forse sarebbe davvero necessario che chi si assume la responsabilità di prendere decisioni in un campo così delicato e fondamentale come la salute dei cittadini, sia adeguatamente formato ed informato in materia e che si renda davvero conto del lavoro della categoria per cui decide, magari passando una mattina in un ambulatorio di un medico di famiglia o una notte in una sede di continuità assistenziale... poiché spesso le rivendicazioni sindacali portate avanti dalle varie sigle che dovrebbero farsi portavoce della categoria che rappresentano non vengono adeguatamente ascoltate e portate a compimento.

LA SARCOPENIA

A CURA DI:
GIANLUIGI FABBRICIANI, ARNALDO BARTOCCI,
FEDERICO CRUSCO



Introduzione

Parlare di sarcopenia equivale a parlare di muscolo scheletrico (MSc). Descriveremo pertanto dapprima parametri anatomo-funzionali del MSc e modalità idonee a valutarli in linea con la *European Working Group on Sarcopenia in Older People del 2018 (EWGSOP2)*.

Parametri anatomo-funzionali del MS

a) PERFORMANCE MUSCOLARE VOLONTARIA (PMV): capacità funzionale dell'organismo correlata alla locomozione ovvero la capacità di compiere un determinato movimento volontario, coinvolge muscolo scheletrico, S.N.C., S.N.P., articolazioni e scheletro.

Fra i vari test volti a valutarla, il Gait Speed o velocità di cammino usuale è agevolmente utilizzabile nella pratica clinica, consiste nel tempo impiegato per compiere 4 metri lineari – la misura di tale velocità può avvenire manualmente con un cronometro.

Un *cut-off* \leftarrow $0 = 0,8$ m/secondo è segno di ridotta mobilità in entrambi i sessi.

b) FORZA MUSCOLARE (FM): capacità di un muscolo di sviluppare una progressiva contrazione volontaria sino alla fase di interferenza [o massima contrazione o reclutamento volontario di tutte le unità motorie (UM)] al fine di sviluppare una tensione utile al superamento di una resistenza.

Si misura con la forza di prensione manuale ovvero della stretta di mano (grip strenght) mediante dinamometro e ben correla con la PMV globale. Possiamo fare un parallelismo con la misurazione tramite assorbimetria a raggi X a doppia energia (DXA) della massa ossea che, eseguita a livello di colonna/femore, è identificativa del tessuto osseo dell'intero scheletro. Il dinamometro palmare idraulico Jamar \rightarrow è quello maggiormente validato.

I *cut-off* per la FM massima di prensione su 3 prove (delle quali si sceglie la migliore) sono: 27 Kg (M) e 16 Kg (F) e valori al di sotto indicano significativa riduzione della FM.

Nei pazienti non in grado di usare il dinamometro (es.: rizoartrosi, esiti di *ictus*

cerebri), useremo sit to stand test o chair stand test ovvero la valutazione della capacità di alzarsi dalla sedia per 5 volte consecutive, senza utilizzare gli arti superiori.

Il punteggio varia da 0 se incapace a 4 se la prova è svolta in meno di 11,2 secondi.

c) MASSA MUSCOLARE (MM) può essere stimata quantitativamente mediante varie tecniche di *imaging*. *EWGSOP2* raccomanda nella pratica clinica la *scansione total body DXA* in grado di analizzare la composizione corporea e misurare la massa muscolare scheletrica appendicolare (*Appendicular Skeletal Muscle Mass = ASMM*) anche detta *Appendicular Lean Mass (ALM)* ovvero massa magra tissutale appendicolare. I valori assoluti di *ASMM* verranno poi aggiustati per la taglia corporea, la modalità raccomandata a tal fine è $ASMM/altezza^2$, rapporto definito come indice di massa muscolare scheletrica (*Skeletal Muscle Index, SMI*).

Valori di $SMI < 6 \text{ Kg/m}^2$ (F) e < 7 (M) sono ritenuti diagnostici di sarcopenia (1,2).

Definizione e Diagnosi

La sarcopenia è una patologia del muscolo progressiva e generalizzata caratterizzata da riduzione di numero e diametro delle fibre muscolari, progressiva perdita di fibre rapide rimpiazzate da fibre lente con conseguente perdita accelerata di MM e FM, frequente in età geriatrica a non solo (4).

Tale termine deriva dal greco e significa $\sigma\acute{\alpha}\rho\chi\acute{\iota}$ e $\pi\epsilon\upsilon\acute{\iota}\alpha$ “perdita di carne” ed è stato coniato nel 1988 da Irwin H Rosenberg (5).

Nel 2016 avviene il suo riconoscimento formale ed inserimento nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati con il codice *ICD-10-CM*: M62.84.

I criteri diagnostici *EWGSOP2* stabiliscono che la riduzione della FM ovvero l'insufficienza muscolare costituisce il criterio clinico cardine, la caratteristica *sine qua non* per il sospetto di sarcopenia: se presente ci fa considerare probabile tale diagnosi – le alterazioni di MM e qualità muscolare (QM) la confermano e la riduzione di PMV, la definisce come severa (vedi tabella 1) (1).

L'identificazione della sarcopenia nella pratica clinica può essere svolta tramite l'algoritmo diagnostico *EWGSOP2* che si articola nelle fasi: *Find-Assess-Confirm-Severity* o *F-A-C-S*. (figura 1).

Finding: screening tramite questionario SARC-F, somministrabile al paziente stesso o al *caregiver*, se negativo esclude la diagnosi di sarcopenia in quanto ha bassa sensibilità/elevata specificità – è auto-compilato ovvero si basa sulla percezione del paziente delle sue limitazioni nel compiere 5 attività (tabella 2). Ad ogni *item* viene assegnato un valore da 0 a 2 per un punteggio massimo di 10; valori $\rightarrow 0 = 4$ si associano a limitazione nelle attività fisiche ed elevato rischio di eventi avversi.

Assess: misura della FM, se normale, esclude la sarcopenia e suggerisce valutazione a distanza;

Confirm: valutazione di MM o QM;

Severity: valutazione della PMV per definire la severità della sarcopenia.

La QM è un parametro fondamentale per quanto non ancora del tutto conosciuto, esprime l'architettura di muscolo ed UM. Non esistono al momento metodiche facilmente utilizzabili nella pratica clinica per la misurazione della QM. In ricerca si usa lo studio RM della sezione trasversa di specifici gruppi muscolari in determinate regioni corporee grazie alla caratteristica intrinseca della metodica di discriminare i segnali correlati alle diverse componenti tissutali (acqua, muscolo, grasso) potendo disporre di varie sequenze e tecniche quali:

- i. la sequenza Dixon-MR consente, tramite la soppressione selettiva dei segnali di acqua e grasso, di misurare il volume muscolare ed il grado di infiltrazione adiposa;
- ii. la sequenza DTI-MR deriva dall'anisotropia della diffusione dell'acqua informazioni relative alla microstruttura muscolare;
- iii. la spettroscopia-MR permette di misurare l'esatta quantità di grasso intracellulare (5).

Epidemiologia

La prevalenza è maggiore nel sesso M rispetto al F, in particolare se istituzionalizzati e con basso IMC, e varia in funzione della popolazione e della metodica di *screening* utilizzata. Uno studio condotto in UK in soggetti di età media di 67 anni ha mostrato una prevalenza del 4,6% nel sesso M e del 7,9% nel sesso F usando i criteri *EWGSOP2* (6) – tali dati risultano molto differenti rispetto a dati americani dai quali emerge una prevalenza del 36,5% in soggetti di 70,1 anni (7).

Patogenesi

MM e FM variano durante la vita: i livelli massimali si raggiungono a 40 anni circa, sono → nel sesso M – successivamente ne inizia il declino realizzantesi attraverso vari meccanismi patogenetici quali:

I. alterato rimodellamento dell'UM, è dovuto a riduzione dei motoneuroni responsabili dell'invio dei segnali di inizio movimento dal cervello al muscolo unitamente ad insufficiente attivazione delle cellule "satelliti" che all'interno del muscolo possono trasformarsi in determinate condizioni in fibre muscolari aggiuntive;

II. sintesi/rigenerazione proteica alterata ovvero non idonea a sostenere la MM;

III. alterato bilancio ormoni anabolici (es.: testosterone)/segnali catabolici (es.: TNF- α);

IV. bassa densità capillare del MS ovvero perfusione non adeguata a sostenere la FM.

L'invecchiamento innesca l'avvio dei meccanismi di cui sopra – profilo genetico e stile di vita (soprattutto esercizio fisico/alimentazione) li influenzano ovvero possono favorirli od opporsi ad essi e da ciò ne deriva diversa velocità di perdita di MM e FM dopo i 40 anni.

Eziologia

EWGSOP2 distingue a fini classificativi tra una forma primaria (più comune) quando non vi siano altre cause se non l'invecchiamento ed una forma secondaria in presenza dei fattori eziologici sotto-indicati operanti attraverso vari meccanismi patogenetici.

Viene distinta anche una forma acuta (insorgenza \leftarrow 6 mesi) ed una forma cronica.

SARCOPENIA PRIMARIA

- ✓ INVECCHIAMENTO – correlata

SARCOPENIA SECONDARIA

- ✓ PATOLOGIE SISTEMICHE CRONICHE – correlata:
 - i. condizioni infiammatorie quali insufficienza d'organo e neoplasie;
 - ii. osteoartrite;
 - iii. disordini neurologici.
- ✓ INATTIVITA' – correlata
 - i. vita sedentaria (limitata mobilità/allettamento);
 - ii. inattività fisica.
- ✓ MALNUTRIZIONE – correlata
 - i. ridotta assunzione di calorie o malassorbimento;
 - ii. anoressia correlata a farmaci;
 - iii. sovra-alimentazione/obesità (1).

Quadro Clinico

Nella sarcopenia si riduce il tono muscolare ovvero l'attività muscolare che mantiene la postura opponendosi alla gravità: ne deriva difficoltà nell'equilibrio e nel deambulare.

Tra osso e muscolo esiste un legame di tipo anatomico ovvero un'interazione meccanica ed un *cross-talk* biochimico/endocrino/metabolico (unità osteo-muscolare). Eziopatogenesi di osteoporosi e sarcopenia pertanto si sovrappongono in parte, la loro co-esistenza definisce l' osteosarcopenia ovvero un'emergente "*geriatric giant*" caratterizzato da un circolo vizioso nel quale la riduzione di FM causa maggior rischio di cadute e fratture e queste ultime hanno maggior rischio di sviluppare un *impairment* muscolare e pertanto di incorrere in nuove fratture.

La contrazione muscolare è implicata nella termogenesi: ne consegue alterata termoregolazione/produzione base di energia in caso di sarcopenia.

Il tessuto muscolare è uno dei maggiori contribuenti all'azione periferica dell'insulina sulla captazione del glucosio circolante: insulino-resistenza e conseguente alterata composizione corporea nel paziente sarcopenico.

Prevenzione e Terapia

È universalmente riconosciuto che una regolare attività fisica ed un regime alimentare equilibrato e completo siano fondamentali per prevenire la sarcopenia. L'esercizio fisico in particolare è il trattamento di scelta. Il MSc presenta funzione endocrina, produce miochine in grado di attivare vie metaboliche, intervenire sulla crescita muscolare stessa e condurre a numerosi azioni (figura 2) (8). La produzione di miochine dipende dai seguenti fattori: età/sexo/tipo di esercizio svolto/durata/intensità – gli esercizi di resistenza di moderata intensità sembrano sortire i maggiori risultati se condotti naturalmente con durata e frequenza

idonee.

Il fabbisogno proteico nella dieta nel soggetto anziano è circa 1,2 g/kg: se la dieta non lo apporta, va considerata la somministrazione di proteine o aminoacidi essenziali – questi stimolano di più la sintesi proteica, specialmente se assunti dopo l'esercizio poiché ne favoriscono la riparazione. Risulta anche importante correggere altre carenze nutrizionali/ vitaminiche (es.: vitamina D).

Non vi sono farmaci attualmente approvati per la terapia della sarcopenia.

I *trials* clinici randomizzati e controllati in ambito di sarcopenia attualmente in corso a livello internazionale stanno indagando gli aspetti prima citati, ne riportiamo alcuni:

- i. esercizio fisico: programmi di esercizio fisico completo (forza/resistenza/allungamento) condotti per 60 minuti/3 volte a settimana, etc;
- ii. nutrizione: proteine intere (es.: alimenti addizionati), integrazione di aminoacidi a catena ramificata, astaxantina, acidi-grassi omega 3, vitamina D, carnitina etc.
- iii. farmaci: bimagrumab, allopurinolo, testosterone, cetilipiridinio cloruro, etc (9).

Conclusioni

La sarcopenia cronica è una condizione morbosa che coinvolge il MS con ricadute a livello sistemico, è sottostimata e diffusa, ha andamento progressivo ed entro certi limite reversibile. Rappresenta una delle condizioni cliniche correlate all'invecchiamento più rilevanti sia dal punto di vista clinico-funzionale che socio-economico poiché predittiva di scarsa mobilità, disabilità, scarsa qualità di vita, ospedalizzazione, mortalità cardio-vascolare e per ogni causa.

Il nostro auspicio, è che iniziamo ad intensificare la sua prevenzione e diagnosi precoce: la prima attraverso la diffusione di uno stile di vita corretto e la seconda attraverso lo *screening* SARC-F. In linea con l'*International Clinical Practice Guidelines For Sarcopenia* è raccomandato eseguire il SARC-F annualmente in tutti i soggetti di età → 65 anni o indipendentemente dall'età in caso di importanti eventi quali cadute/ospedalizzazione – alla luce dell'esistenza dell'osteosarcopenia auspichiamo che tale *screening* diventi la norma anche nel paziente a rischio di frattura.

Illustrazioni di Mattia AMMIRATI

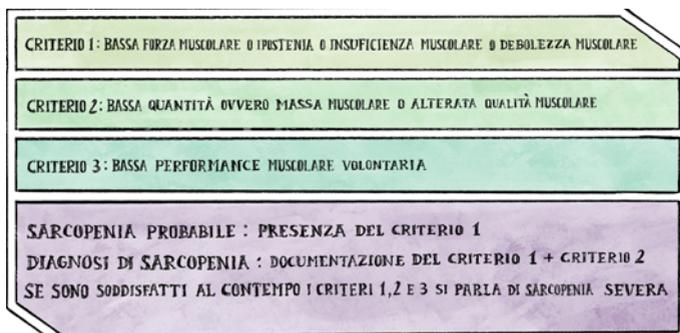


Tabella 1. Criteri EWGSOP2 per la diagnosi di sarcopenia

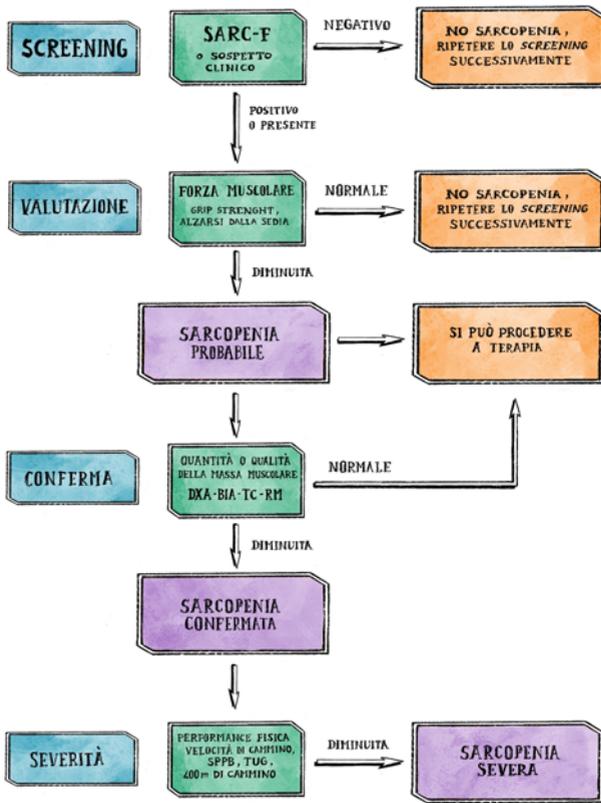


Figura 1. Algoritmo EWGSOP2 per eseguire diagnosi di sarcopenia e quantificarne la severità
 * Considerare sempre anche altre cause di bassa FM indipendenti dal muscolo quali: depressione, ictus cerebrali, disturbi dell'equilibrio, vasculopatie.

COMPONENTE	DOMANDA	PUNTEGGIO
FORZA	LE È DIFFICOLTOSO SULLEVARE /TRASPORTARE 10KG ?	MAI : 0 TALVOLTA : 1 SPESSE O INABILE : 2
ASSISTENZA NELLA DEAMBULAZIONE	LE È DIFFICOLTOSO CAMMINARE ALL'INTERNO DELLA SUA STANZA ?	MAI : 0 TALVOLTA : 1 SPESSE O INABILE : 2
ALZARSI DALLA SEDIA	LE È DIFFICOLTOSO ALZARSI DAL LETTO O DALLA SEDIA ?	MAI : 0 TALVOLTA : 1 SPESSE O INABILE : 2
SALIRE LE SCALE	LE È DIFFICOLTOSO SALIRE 10 SCALINI ?	MAI : 0 TALVOLTA : 1 SPESSE O INABILE SENZA AIUTO : 2
CADUTE	QUANTE VOLTE È CADUTO NELL'ULTIMO ANNO ?	NESSUNA : 0 1-3 CADUTE : 1 4 O PIÙ CADUTE : 2

Tabella 2. *Screening SARC-F* per la diagnosi di sarcopenia

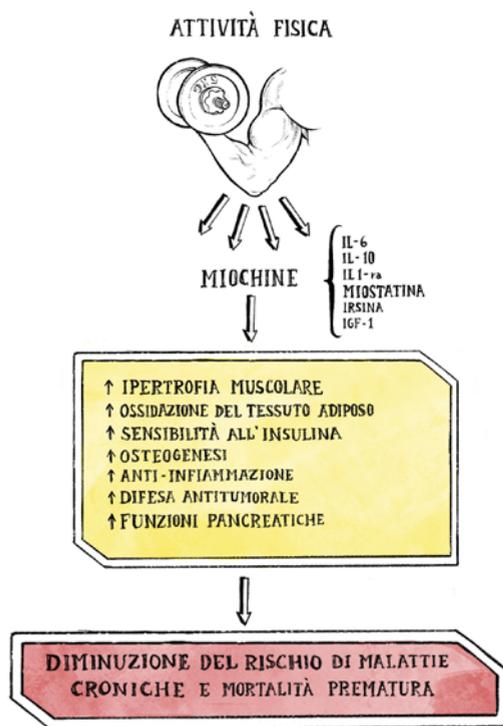


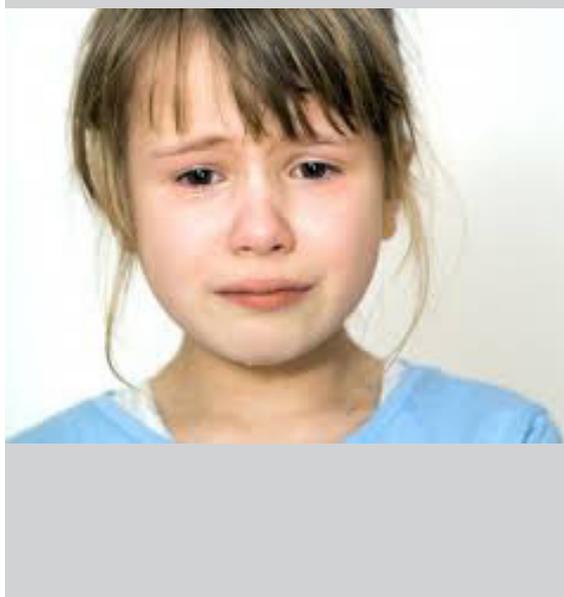
Figura 2. Il muscolo è un organo endocrino.

Bibliografia

- 1) Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019; 48: 16-31.
- 2) Messina C, Maffi G, Vitale JA, et al. Diagnostic imaging of osteoporosis and sarcopenia: a narrative review. *Quant Imaging Med Surg* 2018; 8(1): 86-99.
- 3) Heymsfield SB, Gonzalez MC, Lu J et al. Skeletal muscle mass and quality: evolution of modern measurements concepts in the context of sarcopenia. *Proc Nutr Soc* 2015; 74355-366.
- 4) Rosenberg I.H. Sarcopenia: Origins and Clinical Relevance. *J Nutr* 1997; 127: 990S-991S.
- 5) Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet* 2019; 393(10191):2636-2646.
- 6) Patel HP, Syddhal HE, Jameson K et al. Prevalence of sarcopenia in community-dwelling older people in the UK using the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) definition: findings from the Hertfordshire Cohort Study (HCS). *Age Ageing* 2013; 42(3):378-84.
- 7) Brown JC, Harhay MO, Harhay MN et al. Sarcopenia and mortality among a population-based sample of community-dwelling older adults. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2015 n/a-n/a.
- 8) Leal LG, Lopes MA, Batista ML Jr. Physical Exercise-Induced Myokines and Muscle-Adipose Tissue Crosstalk: A Review of Current Knowledge and Implications for Health and Metabolic Diseases. *Front Physiol* 2018; 9:1307.
- 9) <https://clinicaltrials.gov>.

LA BAMBINA ALBANESE

DOTT. MARCELLO PACI



Era festa in piazza.

Una sera d'estate, la manifestazione, la prima di una serie che avrebbero risvegliato il paese dal letargo invernale.

Piazza deserta e bar semideserti nei lunghi mesi d'inverno.

Pochi stranieri in paese, per mancanza d'offerta di posti di lavoro, per la politica dell'amministrazione, non molto favorevole all'accoglienza e all'immigrazione. I pochi, non gente di colore, solo qualche albanese, arrivato da tempo.

Tra questi, una donna con i suoi due figli, forse un marito, ma non evidente, se pur esistente.

Lei da anni impegnata come cameriera in un ristorante, da sembrare ad occhi inesperti e non cognitivi la donna del padrone, ma così non era.

Un atteggiamento duro nel rapporto con i clienti, avvezzi alla cortesia falsa e truffaldina degli altri.

D'altra parte la non atavica conoscenza dei clienti giustificava la poca confidenza elargita agli ospiti.

E soprattutto il carattere della donna era a quel modo.

Il figlio, ragazzino fattosi grande, che l'affiancava nel lavoro, un po' più empatico, e una bimbetta diventata bambina.

Quella sera i ragazzini del paese che avevano frequentato il corso di canto e musica stavano tutti in piazza.

Dovevano cimentarsi dinanzi al pubblico di genitori, turisti estivi e gli altri abitanti del paese, in un saggio-prova terminale dell'anno di studio.

Erano tutti vestiti bene con l'abitino della festa, tirati ed emozionati alcuni, disinvolti altri.

In mezzo a tutti Lira, la piccola albanese del ristorante.

Lei, compita, perfetta, nella sua prova.

Poi sul finale, una sbavatura piccola, ininfluente.

Corre dalla mamma in un pianto diretto, si abbandona tra le braccia amiche.

Dopo un po', il silenzio interrotto da rari singhiozzi, appena percepibili, emessi con pudore.

L'abbraccio dei due corpi, delle loro anime, è assoluto, come un'immagine statuaria che proietta intorno una luce propria non riflessa.

Come quelle degli altri bimbi, l'anima di Lira era incorrotta, ma in più, la sua, non viziata dalle sempre coccole e dal lasciar fare dei genitori del benessere.

La percezione in lei che bisognava far bene sempre e in tutto, per farsi accettare nel mondo nuovo dove avevano chiesto di essere accolti.

Per questo piangeva disperata, capiva quante aspettative aveva riposto in lei la mamma che l'aveva iscritta al corso con gli altri bimbi del paese e lei si era preparata con cura, con giudizio.

Lo aveva detto la maestra alla madre, che Lira era brava, la più brava di tutte e che era sicura avrebbe fatto una grande figura la sera dell'esibizione.

Ed era stata la più brava di tutte e quella sbavatura finale, se possibile, aveva aggiunto qualcosa, non aveva tolto niente.

Lo capì la gente, le altre mamme, che le tributarono un applauso scrosciante.

Ma lei non capiva, sapeva solo che avrebbe dovuto fare meglio.

Alla fine nel porto sicuro del corpo materno si acchetò quasi dormiente, come di naufrago, che il mare finalmente placido, lascia esausto ma salvo sulla sabbia.



IL TEMPO VOLA

DOTTOR VALERIO SGRELLI



È proprio vero che Il tempo vola. Mi sono accorto che è già passato più di un anno dal giorno del mio pensionamento. Oggi, un giorno in cui non avevo particolari impegni, mi sono messo a rileggere i vari biglietti e lettere che alcuni miei pazienti mi hanno inviato per esprimere il loro affetto e la loro gratitudine per essere stato il loro medico di famiglia.

Tra tutti mi ha veramente colpito una lettera che pongo all'attenzione del lettore la quale, a mio avviso, riassume i principi che regolano la professione del medico di famiglia.

Attenzione al paziente, empatia con esso, disponibilità, umanità, tutti elementi che sono indispensabili per ottenere un duraturo rapporto di fiducia, perno su cui si fonda tutto il nostro operato.

Mi rivolgo in modo particolare ai giovani colleghi che si sono incamminati a svolgere questa bellissima professione e che rappresentano la nuova generazione del medico di famiglia affinché credano in questi valori per la sopravvivenza del medico di medicina generale.

Carissimo Valerio,

ci è appena arrivata la lettera che ci invita a scegliere il nuovo medico di base in quanto il nostro amato dottore dal 1 luglio se ne va in quiescenza.

Desideriamo augurarti giorni tranquilli e sereni godendo un meritatissimo e sano riposo lontano dallo stress che il tuo impegno e la disponibilità che hai sempre avuto per ognuno di noi pazienti inevitabilmente ha procurato.

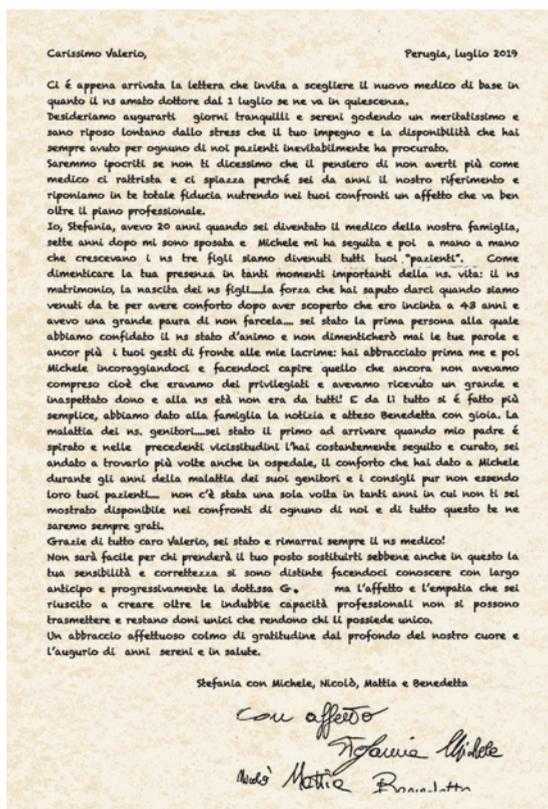
Saremmo ipocriti se non ti dicessimo che il pensiero di non averti più come medico ci rattrista e ci spiazza perché sei da anni il nostro riferimento e riponiamo in te totale fiducia nutrendo nei tuoi confronti un affetto che va ben oltre il piano professionale.

Io, Stefania, avevo 20 anni quando sei diventato il medico della nostra famiglia, sette anni dopo mi sono sposata e Michele mi ha seguita e poi a mano a mano che crescevano i nostri tre figli siamo divenuti tutti tuoi "pazienti". Come dimenticare la tua presenza in tanti momenti importanti della nostra vita: il nostro matrimonio, la nascita dei nostri figli e la forza che hai saputo darci quando siamo venuti da te

per avere conforto dopo aver scoperto che ero incinta a 43 anni e avevo una grande paura di non farcela. Sei stato la prima persona alla quale abbiamo confidato in nostro stato d'animo e non dimenticherò mai le tue parole e ancor più i tuoi gesti di fronte alle mie lacrime. Hai abbracciato prima me e poi Michele incoraggiandoci e facendoci capire quello che ancora non avevamo compreso cioè che eravamo dei privilegiati e avevamo ricevuto un grande e inaspettato dono e alla nostra età non era da tutti. E da lì tutto si è fatto più semplice, abbiamo dato alla famiglia la notizia e atteso la terza figlia con gioia.

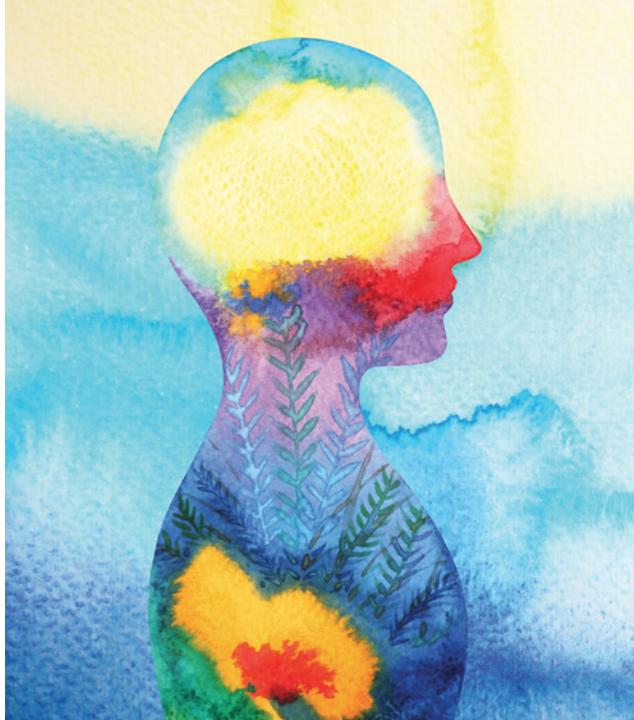
La malattia dei nostri genitori: sei stato il primo ad arrivare quando mio padre è spirato e nelle precedenti vicissitudini l'hai costantemente seguito e curato, sei andato a trovarlo più volte anche in ospedale. Il conforto che hai dato a mio marito durante gli anni della malattia dei suoi genitori e i consigli pur non essendo loro tuoi pazienti. Non c'è stata una sola volta in tanti anni in cui non ti sei mostrato disponibile nei confronti di ognuno di noi e di tutto questo te ne saremo sempre grati. Grazie di tutto caro Valerio, sei stato e rimarrai sempre il nostro medico.

Non sarà facile per chi prenderà il tuo posto sostituirti sebbene anche in questo la tua sensibilità e correttezza si sono distinte facendoci conoscere con largo anticipo e progressivamente la tua sostituta ma l'affetto e l'empatia che sei riuscito a creare oltre le tue indubbie capacità professionali non si possono trasmettere e restano doni unici che rendono chi li possiede unico. Un abbraccio affettuoso colmo di gratitudine dal profondo del nostro cuore e l'augurio di anni sereni e in salute.



SUL DIRITTO A (NON) ESSERE SANI SULLA CULTURA UMANA IN NATURA (GIANFRANCO PERTICONI)

DOTTOR TIZIANO SCARRPONI

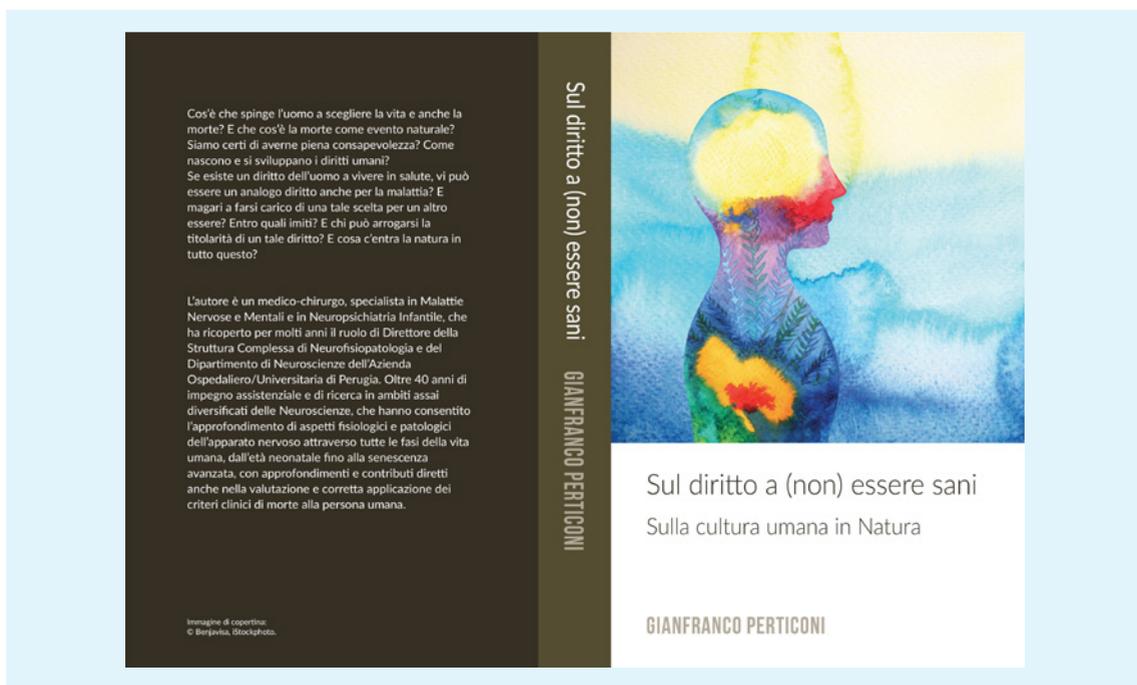


Devo riconoscere che non è senza sorpresa che ho potuto affrontare in epoca Covid la lettura del libro scritto dal Prof. Gianfranco Perticoni, che conoscevo bene per le sue competenze in vasti ambiti delle scienze neurologiche. Non come “neurofilosofo”, perché è in tale ambito che va collocato il suo saggio letterario: “Sul diritto a (non) essere sani. *Sulla cultura umana in Natura*” (Ediz. “Il mio libro”), dato che l’evidente obiettivo dell’autore non si limita ad una analisi dei diritti in tema di scelte di cura, come diritti primari delle persone e diritti-doveri della medicina tramite i suoi operatori. E su tematiche particolarmente complesse prodotto anche della moderna medicina “*che sempre più fa sopravvivere dovendo trovarsi nella necessità di aggiornare e giustificare anche il nuovo significato da dare al termine vita*”, con l’uomo che “*sempre più spesso si trova a dover operare scelte drammatiche fra lo stato di salute sempre e comunque, la rassegnazione e l’accettazione della malattia anche grave, fino alla rinuncia volontaria alla vita secondo propri convinti criteri di giudizio valoriale*” elaborati. Ma di fatto si spinge nella ricerca e sviluppo di una analisi conoscitiva con metodica rationale e scientifica in ampi ambiti dell’esistente, attraverso discipline elaborate dall’uomo, che progrediscono grazie all’originalità strutturale e correlata efficienza funzionale acquisita dai suoi apparati nervosi. Con l’obiettivo dichiarato di ricercare modelli interpretativi universali utili a fornire la strada maestra per le risposte da fornire ai quesiti che l’Autore si è posto. Ed è così che prendendo spunto da momenti concreti di vita professionale che ne hanno messo in crisi i criteri di scelta etica, il Prof. Perticoni ha ricostruito i percorsi attraverso i quali in Natura si sviluppano le scelte “etiche” dei comportamenti. Partendo dalla organizzazione stessa della materia, fino al formarsi di quelle entità appartenenti alla categoria che noi chiamiamo “vita”, alla quale anche l’essere umano appartiene. Processo che rispetta regole comuni vincolate dalla *necessità* (come differenziazione, interazione, mutamento continuo degli esseri), alle quali lo stesso uomo non può sottrarsi, e che può solo modulare, sottraendosi al puro determinismo degli eventi.

I titoli presenti nell'indice stanno bene a rappresentare il percorso e l'ampiezza delle tematiche affrontate nelle oltre 400 pagine del volume. L'etica che definisce e orienta i comportamenti, nell'uomo più che in ogni altra specie animale è il prodotto prevalente dei modelli culturali appresi. E se l'uomo si distingue da ogni altro essere per *"aver acquisito la più avanzata consapevolezza del proprio stato e delle proprie potenzialità nel contesto dei processi evolutivi"*, è a tale consapevolezza che va ricondotta la continua ricerca di sempre nuovi obiettivi su analogamente nuovi criteri valoriali di riferimento, che comportano *"nuovi limiti di sostenibilità per le sue scelte"*, anche in ambiti di salute e malattia, e *"che non possono non entrare anche in aperto contrasto con processi già consolidati in Natura"*. Dovendo avere l'uomo stesso piena coscienza delle conseguenze che ne possono derivare, assumendosene sempre più convintamente la piena responsabilità.

L'Autore conclude *"c'è stato un tempo nella vita degli esseri, uomo compreso, in cui le necessità e le compatibilità hanno coinciso con le leggi di Natura e con il caso. Lo sviluppo delle capacità mentali, particolarmente umane, prodotto delle stesse leggi e dello stesso caso stanno a rappresentare nel contesto del processo evolutivo una grande opportunità: dimostrare come decisioni etiche coscienti prodotto di un processo mentale e culturale evoluto possano dimostrarsi adeguate nell'implementare e controllare le sempre nuove complessità emergenti, garantendo la qualità e conservazione della nostra stessa specie"*.

Un saggio impegnativo, certamente stimolante per ragionare sulle complessità sempre nuove della professione medica e contribuire a dare un senso al proprio operare in un percorso laico e razionale.





*Campagna
per la difesa della salute
contro l'abusivismo medico
e odontoiatrico*

Dal 1[^] Aprile 2017 è partita la "Campagna per la difesa della salute contro l'abusivismo medico odontoiatrico. Siete tutti invitati alla massima collaborazione favorendo la diffusione di questa iniziativa affiggendo nei vostri studi tali manifesti e locandine. E' stata anche attivata una pagina FaceBook **#MEDICI VERI**. Visitatela e esprimete il vostro "mi piace" e eventuali commenti e suggerimenti.

