



Bollettino

01/2021

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

indice

- | | | |
|----|--|------------------------------------|
| 3 | | MI PRESENTO |
| 6 | | LA GUERRA CONTINUA |
| 12 | | REZUM |
| 26 | | EDUCAZIONE CONTINUA
IN MEDICINA |

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

Sommario

- 3 MI PRESENTO
- 6 LA GUERRA CONTINUA
- 9 INTERVISTA AL DIRETTORE SANITARIO
DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CITTÀ
DI CASTELLO
- 12 REZUM TERMOTERAPIA DELL'ADENOMA
PROSTATICO MEDIANTE VAPORE
ACQUEO CONVETTIVO
- 15 LA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E LA
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE IN
UMBRIA
- 18 LA SANITÀ AL TEMPO DELLA
GLOBALIZZAZIONE E DELLA PANDEMIA
- 21 IDEE ED OPINIONI
- 23 LE PROPOSTE SUMAI PER LA MEDICINA
DEL TERRITORIO
- 26 EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA: IL
PUNTO DELLA SITUAZIONE A MARZO 2021
- 29 L'INSOSTENIBILE LEGGEREZZA DI
CHI DECIDE SEMPRE SULLE NOSTRE
SPALLE

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.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.ssa Alfredo Crescenzi

Dott. Stefano Cusco

Dott. Pasquale Gallo

Dott.ssa Caterina Marcucci

Dott. Gian Marco Mattioli

Dott. Giorgio Miscetti

Dott. Antonio Montanari

(Consigliere Odontoiatra)

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Massimo Sorbo

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dott. Antonio Montanari

Vice Presidente

Dott. Andrea Donati

Componenti

Dott.ssa Rashin Alipanah

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott. Lorenzo Olivieri

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membro supplente

Dott. Francesco Giorgetti

Membri effettivi

Dott.ssa Elena Bartoloni Bocci

Dott.ssa Claudia Giannoni

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Dott. Massimo Sorbo

Comitato di redazione

Dott. Marco Caporali

Dott.ssa Silvia Carsetti

Dott.ssa Cristina Cenci

Proff. Alberto Falorni

Dott. Igino Fusco Moffa

Dott. Alfredo Notargiacomo

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Marcello Paci

Dott. Giuseppe Quintaliani

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail:

presidente@ordinemediciperugia.it

bollettino@ordinemediciperugia.it

ufficio@ordinemediciperugia.it

odontoiatri@ordinemediciperugia.it

segreteria.pg@pec.omceo.it • www.ordinemediciperugia.it

MI PRESENTO

DOTT.SSA VERENA DE ANGELIS

Dal 1 gennaio 2021, grazie al supporto di molti di voi e alla fiducia accordatami, sono alla guida dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Perugia. Subentro al dottor Graziano Conti, nostro Presidente negli ultimi 24

anni, che ho affiancato negli ultimi tre come vice-presidente.

Mi sono laureata presso l'Università degli Studi di Perugia nel 1988 e lì mi sono specializzata prima in Medicina Interna e poi in Oncologia; ho conseguito il titolo di dottore di ricerca in Statistica Medica e Metodologia Epidemiologia presso l'Università de L'Aquila (Mi piacciono i numeri!). Ho iniziato la mia carriera professionale presso l'Azienda USL Umbria 1 e attualmente lavoro come dirigente medico presso la SC di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

L'idea di poter partecipare attivamente all'attività ordinistica risale a qualche anno fa, grazie alle lunghe chiacchierate avute, prima, con il dottor Alfonso Lilli, pediatra, che ha ricoperto il ruolo di revisore dei conti e vice-presidente dell'Ordine anni fa, e ,poi, con il dottor Pietro Donnini (Pucci), pediatra anche lui e consigliere negli stessi anni, entrambi tesoriere regionali ANAAO. I loro racconti (e anche qualche aneddoto), la loro passione e i tanti consigli avevano stimolato in me il desiderio che si è concretizzato con le elezioni del 2017. Un grande grazie va proprio a loro che ricorderò sempre con affetto.

Credo fermamente nel ruolo dell'Ordine e nel Galateo medico.

Spero che l'Ordine diventi sempre più un luogo di incontro e di lavoro per tutti gli iscritti in modo da poter contribuire agli inevitabili cambiamenti che interesseranno in futuro la nostra professione. Auspico che l'ordine sia un luogo di dialogo, dibattito e riflessione in cui si senta rappresentata l'intera categoria in tutte le espressioni: medici di medicina generale, ospedalieri, universitari, medici del servizio pubblico e privato o liberi professionisti, giovani neolaurati e pensionati.

Gli obiettivi che mi sono posta per questo quadriennio, condividendoli con una squadra composta da medici con maggior esperienza alle spalle e da new entries,



sono tanti e forse ambiziosi: è nostra intenzione portare avanti tutto ciò che di buono è stato fatto in passato, collocandosi nei nuovi scenari disegnati dalla pandemia e realizzando anche progetti del tutto nuovi.

Nell'ultimo anno la pandemia ha posto all'attenzione di tutti gravi problemi sanitari, sociali ed economici e ha dimostrato in maniera tangibile la centralità del ruolo del medico. Dobbiamo riappropriarci del nostro vero ruolo nell'ambito del sistema sociale, ruolo che negli ultimi tempi abbiamo in parte perso e forse non tornerà più ad essere quello del passato, attraverso la riconquista di simboli identitari in cui riconoscersi.

Migliorare il rapporto tra colleghi rappresenta per me una priorità, in un'ottica di rispetto e di reciproca collaborazione e con l'intento di recuperare il fascino di trovare una "Casa Comune del Medico" in cui si esalti la qualità del ben operare e il valore dell'atto professionale secondo gli insegnamenti di Ippocrate. Soprattutto di fronte a fenomeni dirompenti come l'epidemia che stiamo affrontando, che si sono sommati a frustrazioni e delusioni per scelte politico-aziendali non sempre condivisibili, l'insostenibile pressione che sperimenta ognuno di noi si riflette anche sui rapporti di colleganza, deteriorandoli. La continua ricerca di un responsabile degli eventi sfavorevoli che possono colpire i pazienti ci ha reso poco solidali e sempre meno pronti a comprendere le posizioni e le ragioni degli altri colleghi. Occorre ristabilire un legame di solidarietà e di vicinanza tra medici. Tutto ciò al fine ultimo di potenziare l'assistenza offerta alla cittadinanza lavorando insieme per il bene dei pazienti.

Ritengo fondamentale vigilare sul mantenimento di un SSN equilibrato e partecipato che soddisfi le esigenze del cittadino e le giuste aspettative dei medici anche passando attraverso la riduzione dell'ingerenza politica nel sistema sanitario.

Dobbiamo trovare l'impulso, lo spirito e l'orgoglio di agire e appartenere per confrontarsi al meglio con le altre figure professionali sanitarie non mediche emergenti con cui dovremo dialogare e collaborare.

È importante confermare l'Ordine dei Medici come primo riferimento per tutti gli iscritti e ribadirne la funzione nelle sedi istituzionali, a livello provinciale e regionale, come indispensabile interlocutore nella programmazione sanitaria del presente e del futuro. Mi impegnerò perché l'Ordine possa continuare ad essere uno scudo per la nostra sicurezza e indipendenza.

L'Ordine dovrà altresì avere un ruolo di supporto per i giovani colleghi che si affacciano al mondo della professione medica (anche impegnati nelle scuole di specializzazione o corsi di formazione MMG) con l'obiettivo di soddisfare le loro esigenze formative, favorendo fattive collaborazioni con l'Università degli Studi.

L'obiettivo è la creazione di nuove linee di continuità assistenziali che possano aiutare a costruire percorsi più chiari e sicuri per medici e pazienti adoperandoci per far dialogare i protagonisti della sanità.

Dovrà essere consolidata la rete di attività di aggiornamento, formazione e informa-

zione, con proposte capaci di soddisfare le esigenze di tutti, anche attraverso l'approfondimento di temi di particolare interesse per la professione come previdenza, risk management, medicina di genere, medicina legale e politica ambientale.

Ciò che conta più di tutto è far cogliere a ognuno il valore fondante del legame relazionale tra il medico e i suoi assistiti e aumentare la consapevolezza che non basta curare bene, ma è sempre più necessario parlare meglio ed ascoltare di più. Da ultimo, occorre aiutare ad affrontare i grandi cambiamenti, in particolare quello di tipo informatico. Il futuro ci chiede capacità di cambiare per poter operare in condizioni diverse dal passato e la recente emergenza causata dalla pandemia da Sars-CoV2 così come il mutamento demografico che vede un progressivo invecchiamento della popolazione hanno imposto una nuova attenzione sugli strumenti digitali e sulla necessità di adottare misure di distanziamento che vedono nella comunicazione digitale una soluzione razionale e concreta.

Sarà un percorso impegnativo: in questi primi due mesi ne ho avuto solo un assaggio! Ho un predecessore che rimarrà nella storia del nostro Ordine per capacità e mitezza. Sarà arduo sostenere il confronto.

In molti mi hanno chiesto perché mi sono imbarcata in questa avventura, chi me l'ha fatto fare? Con responsabilità, cautela ma anche entusiasmo ho risposto *"Se continui a fare quello che hai sempre fatto, continuerai ad ottenere ciò che hai sempre avuto. (WGB)"*. Non mancheranno occasioni per affrontare i temi specifici e per raccogliere le vostre proposte e suggerimenti su ogni esigenza, singola o collettiva, che dovesse manifestarsi.

La nostra porta è aperta e ogni collega è il benvenuto.



LA GUERRA CONTINUA

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Mentre sto scrivendo si avvicina l'anniversario "ufficiale" della nostra convivenza con mister Covid 19. Che dire? Forse la miglior cosa sarebbe quella di stare in silenzio in quanto già sono in tanti a dire tutto e il contrario di tutto. Silenzio e doveroso

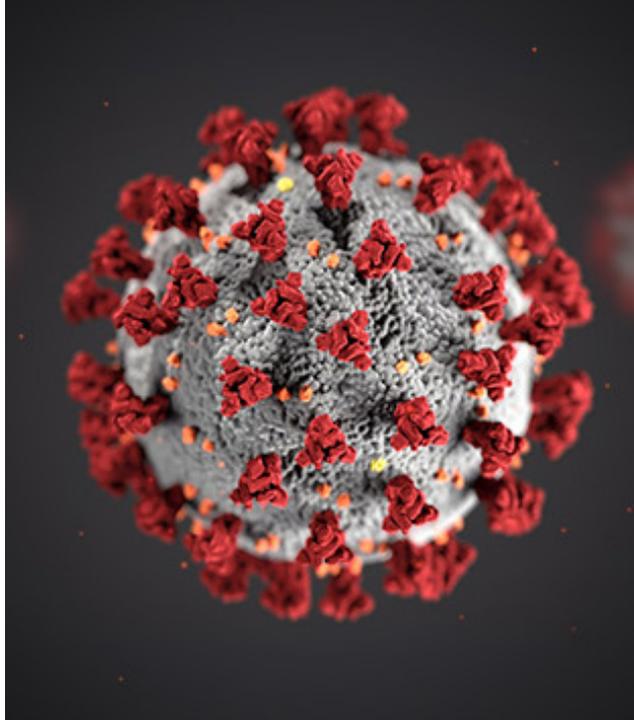
raccoglimento per ricordare i troppi colleghi morti nell'esercizio del proprio lavoro e non solo.

Come non ricordare infatti le oltre centomila persone decedute dall'inizio di questa dannata pandemia? E' come se una città grande quasi come Perugia fosse stata cancellata dalla carta geografica. Persone che nella maggior parte dei casi se ne sono andate senza poter essere abbracciate dai propri cari. Andate via così, in maniera fredda e anonima senza quella ritualità che connota il contesto antropologico in cui siamo nati, cresciuti ed invecchiati.

Non voglio fare considerazioni scientifiche in quanto spetta senza dubbio a figure molto più qualificate della mia, ma voglio solo "sfogarmi" come uomo e come medico: scrivere molto spesso ha un'azione catartica, come parlare con qualcuno e in questo caso specifico è come se parlassi a tutta la popolazione medica della mia provincia.

E' passato quasi un anno da quando il presidente Conte annunciò il lockdown totale e ci trovammo completamente spiazzati e spaventati. Uscivo di casa per raggiungere l'ambulatorio attraversando strade deserte con poche auto che circolavano. Sala d'aspetto vuota, le seggiole accatastate, qualche paziente mascherato che arrivava in fretta e ancora più in fretta andava via. I colleghi mascherati che lavoravano per telefono, come me del resto. Parola d'ordine: richiedere tamponi, positivo? Ricercare ed isolare i contatti stretti. Sintomatico? Paracetamolo, cloroquina si e cloroquina no, antibiotico si e antibiotico no, cortisone si e cortisone no. Saturazione bassa? Chiamare il 118.....andrà tutto bene! Alla fine ritorneremo a veder le stelle.

Con l'arrivo dell'estate ci eravamo tutti illusi che il peggio fosse passato. La catena dei contagi sembrava miracolosamente interrotta e stavamo ricominciando a fare una vita sociale quasi normale. Il sabato sera si era tornati a riprendere il culto del cenare con amici, le chiese avevano ripreso a celebrare messe ed eravamo tutti convinti di essere fuori dalla pandemia in barba alle Cassandre che seguitavano a profetizzare sventure. Invece di organizzarsi per l'autunno, moltissimi andarono in vacanza al mare, d'altronde c'era anche il bonus, e la sera non c'era niente di meglio che andare in discoteca a



scatenarsi in mezzo a frotte di festanti. Già alla fine di Agosto, però, si potevano vedere le prime avisaglie in quanto anche il virus era andato a ballare in discoteca infettando molti ballerini festaioli....e con Settembre arrivò la doccia fredda. Mister Covid, infatti, si era organizzato per la seconda ondata che esplose in tutta la sua drammaticità con la riapertura delle scuole. Gli studenti invece di recarsi a lezione con biciclette e monopattini avevano preferito accalcarsi negli autobus e nelle metropolitane. Nelle aule i banchi con le rotelle non erano stati in grado di garantire un distanziamento utile a prevenire la trasmissione del virus che da scuola veniva riportato a casa infettando genitori e nonni. La seconda ondata per noi Umbri si rilevò molto più virulenta, con un gran numero di infetti che determinò il collasso del tracciamento da parte del Dipartimento d'Igiene e Prevenzione per cui fu necessario reclutare gli studenti del sesto anno di Medicina. Le USCA che fino a quel momento avevano avuto diversi momenti di scassa attività cominciarono a dover correre per tutto il territorio per i moltissimi interventi domiciliari. I tamponi oramai non si contavano più fra quelli effettuati nei vari drive-in gestiti direttamente da noi medici di medicina generale o in quelli gestiti dalla ASL. Stefano Brando, Natale Mariani sono stati i primi colleghi deceduti per infezione da Covid, è di ieri la notizia della morte di Anselmo Zingarini, medico di famiglia come i due precedenti anche se da poco ufficialmente in pensione, sempre a causa del virus, mentre è di oggi quella della morte di Fausto Fiorini detto Pelosi, sempre medico di medicina generale della Valnerina.

La disperazione e la rassegnazione cominciano ad essere gli stati d'animo più diffusi e la prescrizione di ansiolitici e antidepressivi sta aumentando in maniera esponenziale in attesa di qualcosa che porti un po' di sereno e di sicurezza come la copertura vaccinale. Anche qui, nonostante i proclami e le rassicurazioni da parte della politica vediamo come nella realtà dei fatti non sia per niente tutto liscio e sicuro: ritardi nella consegna, ritardi nella distribuzione e calendari regionali diversi fra loro con sistemi di prenotazione blindati che non permettono un minimo di concertazione. La preoccupazione maggiore però è quella che con le continue mutazioni spuntino le cosiddette varianti che potrebbero inficiare l'efficacia di questi vaccini e se così fosse sarebbe un vero disastro: la fine della speranza, la perdita della rivincita e del rilancio. Ho letto in questi giorni un articolo di un collega che definiva questa situazione un Vietnam sanitario e in effetti tale paragone è tutt'altro che peregrino in quanto tutti quelli della mia generazione ricordano bene come andò a finire quella guerra. Ora come allora tutto l'imponente apparato rischia di soccombere a causa degli effetti deleteri dei media e degli errori tattici dei generali che seguitano a non capire che questa guerra non si vince con le grandi centrali operative o con l'esercito schierato in un'aperta battaglia campale, ma con una strategia di guerriglia del porta a porta con armi leggere ma altamente flessibili e mobili.

Non voglio fare l'elenco degli errori e delle inutili e costose manifestazioni di autoreferenzialità come gli Stati Generali, la pletera di comitati tecnico scientifici in cui si decide tutto e il contrario di tutto, l'App Immuni, i bonus per biciclette e monopattini.....ma lasciamo perdere altrimenti corro il rischio da trasferire in ambito politico quello che vuole essere solo una riflessione da medico e come al solito da medico di famiglia.

Voglio chiudere, pertanto, riportando alcune considerazioni che ho scritto nel mio editoriale: " Quale Medicina Generale durante e dopo la pandemia? Non sarà mai più niente come prima?" Pubblicato sulla rivista Sistema e Salute n.2/2020, e con dei versi che da

un po' di tempo a questa parte mi vengono di getto e fotografano il mio stato d'animo. *".....a questo punto sorge spontanea la domanda. Tutte queste considerazioni sino ad ora esposte possono essere considerate esaustive per descrivere su come sarà la figura del medico di medicina generale del futuro oppure dalla pandemia dovremmo aver imparato qualche lezione? Al medico di assistenza primaria basterà occuparsi solo dell'attività clinica rivolta all'individuo e alla sua famiglia, oppure dovrà estendere il proprio raggio d'azione verso un concetto di "salute globale", intendendo con questo il sorvegliare in un'ottica sistemica e complessa tutto l'eco-sistema della comunità in cui vive? Senza dubbio abbiamo imparato diverse lezioni:*

- 1) *l'importanza di un Servizio Sanitario Pubblico*
- 2) *come il definanziamento del Servizio Sanitario a causa di una visione aziendalistica della salute porti a delle criticità che minano l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario stesso ripercuotendosi soprattutto sull'assistenza territoriale e sui servizi di prevenzione ed igiene*
- 3) *le conseguenze di una deriva di un certo federalismo sanitario regionale in cui si è creata una competizione fra Governo nazionale e Governatori regionali e pertanto si dovrà creare un sistema di diversi rapporti che integrino virtuosamente le Regioni con un potere centrale a guida più forte senza che ritorni un centralismo passato né derive verso piccole repubbliche sovrane*
- 4) *l'accentramento nei grossi poli ospedalieri in caso di pandemia rappresenta una criticità e non un vantaggio*
- 5) *la cronica mancanza di comunicazione fra ospedale e territorio peggiora nell'emergenza*
- 6) *senza dubbio l'inquinamento ambientale, lo sfruttamento intensivo del territorio con una visione industriale della produzione agricola e zootecnica hanno avuto una loro importanza.*

Il medico di medicina generale, pertanto, non potrà sottrarsi al ruolo di sentinella e di sorvegliante della salute della comunità in cui opera. Ci attende una formazione, una curiosità ed una sensibilità cui non siamo abituati, ma ce lo richiede in nostro codice deontologico, i nostri pazienti e il nostro "essere" medici."

E LA GUERRA CONTINUA

E la guerra continua incurante di tutto. La guerra continua fra assalti ed ondate. Non sirene per incursioni aeree. Non colpi di artiglieria. Non bombe, non schegge ma la stessa paura per colpi di tosse e fronti ardenti.

In fila indiana davanti a negozi come fu per tessere annonarie anche se il cibo oggi abbonda.

In fila davanti a farmacie ed ambulatori. Posti di blocco che ti fermano e ti chiedono dove vai. Coprifuoco ed elenco dei morti. Rianimazioni e ospedali da campo come in guerra.

Un tampone! Un sierologico! Niente amici né cena consumate in allegria.

L'ansia è oramai scemata e prevale l'abitudine al precario. Oggi ci sono, domani chissà? Si va avanti a ritmi e gesti automatici con la maschera che prevale sulla mascherina.

La maschera del dottore tranquillo e sicuro. La maschera di chi incoraggia e non aspetta di essere a sua volta rincuorato. La maschera di chi non deve scomporsi nemmeno di fronte alla morte. Morte! Con la tua idea ci convivo oramai da tempo come accade ai soldati in guerra.

Certo perché siamo ancora in guerra, una guerra continua

INTERVISTA
AL DIRETTORE SANITARIO
DEL PRESIDIO OSPEDALIERO
DI CITTÀ DI CASTELLO
DOTT. SILVIO PASQUI

A CURA DI MASSIMO SORBO



Dr. Pasqui, in qualità di Direttore Sanitario dell'Ospedale di Città di Castello, quali ritiene siano i Servizi erogati dall'Ospedale che si pongono all'attenzione come esempi di "eccellenza" nell'ambito del panorama sanitario Umbro?

L'ospedale di Città di Castello, con i suoi circa 200 posti letto, rappresenta un punto di riferimento per l'AUSL Umbria 1 nella cura dell'acuzie, fin dalla sua attivazione (Giugno 2000). Tra i vari punti di particolare eccellenza della struttura, possiamo ricordare, a titolo di esempio:

Area Chirurgica:

- o l'Ospedale rappresenta la sede chirurgica del PDTA aziendale di gestione delle pazienti con tumore mammario (**Breast Unit**); vi opera un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale che segue le pazienti per la parte chirurgica del percorso di cura, collaborando al contempo con gli operatori dei vari distretti della USL, dove vengono svolte visite, esami strumentali, medicazioni, etc...
- o È stato attivato un PDTA di **Chirurgia Bariatrica**, per il quale è prevista una stretta



collaborazione con gli operatori del Percorso Multidisciplinare per lo Studio ed il Trattamento dei Disturbi Ostruttivi del Sonno.

Area medica

- o Il **Centro Ictus** tratta numerosi casi annualmente e vanta varie partecipazioni a studi clinici multicentrici nazionali ed internazionali;
- o **L'Ambulatorio Oncologico** rappresenta un punto di riferimento per tutta l'Area dell'Alto Tevere;

- o Da molti anni è attivo un Ambulatorio per la gestione dei pazienti con **scompenso cardiaco congestizio**, che vengono seguiti e monitorati nel percorso di cura intra ed extraospedaliero, con miglioramento del decorso clinico della patologia e riduzione degli accessi ospedalieri;

Area materno-infantile

- o Il **Punto Nascita** è dotato di due sale parto con contigua sala operatoria ostetrica, provviste di vasca per il parto in acqua, dispositivi di cromo e aroma terapia; alcuni indicatori, come il basso ricorso al taglio cesareo (circa 23%), l'alta percentuale di casi con Parto Analgesia (circa 25%), la bassa degenza media (2,8 gg) e in buon afflusso di pazienti provenienti dalle Regioni limitrofe (circa 16% dei ricoveri) testimoniano l'elevato livello clinico ed organizzativo dell'assistenza prestata;
- o Il reparto di Pediatria è sede aziendale per i ricoveri di giovani pazienti con **disturbi del comportamento alimentare**, secondo specifici percorsi elaborati con il Servizio aziendale relativo.

Altre aree

- o Un punto che appare degno di nota è la particolare attenzione che si sta ponendo negli ultimi anni verso il miglioramento dei livelli di **"Umanizzazione ed Accoglienza"**; nel recente sondaggio effettuato in Italia da Cittadinanzattiva, l'Ospedale ha raggiunto un punteggio complessivo pari a 9.2, al di sopra media umbra (8.5) e nazionale (7.1); tra i principali motivi di questo risultato, si possono citare, a titolo esemplificativo, la citata dotazione del punto nascita, la presenza di una culla "termica" per l'abbandono del neonato, l'attivazione di un servizio di supporto psicologico sia per pazienti (specialmente oncologici) che per operatori, l'introduzione nelle UU00 mediche del modello infermieristico del Primary Nursing, che prevede un infermiere di riferimento per ogni paziente, etc....
- o Da vari anni è presente **l'Ambulatorio di Terapia del dolore**, che garantisce attualmente un elevato volume di prestazioni e fornisce un supporto specialistico di alto livello per il trattamento delle sindromi dolorose di difficile inquadramento terapeutico;
- o **L'Ambulatorio Accessi Vascolari**, nato qualche anno fa nel nosocomio tifernate e esportato come modello in tutta la ASL, valuta e affronta le situazioni di quei pazienti che, per eseguire terapie endovenose a lungo termine o per altre problematiche flebologiche, necessitano di cateterismo venoso periferico o centrale;
- o Fin dall'apertura (2000), l'Ospedale è organizzato secondo un **modello per intensità di cure**, che prevede un superamento della stretta logica di reparto e implica notevoli miglioramenti per il paziente e per gli operatori

Nel rispetto del nuovo P.S.R., ritiene che l'Ospedale di Città di Castello potrà sviluppare ulteriori progetti di miglioramento dell'assistenza al cittadino/utente? e se sì ,in quali Settori?

- Nell'ambito di quanto previsto dalle disposizioni aziendali in attuazione alle norme sopra citate, l'Ospedale verrà dotato di strumentazioni idonee per la gestione dei pazienti critici che giungono al Pronto Soccorso ("**Shock Room**") e sarà migliorata l'organizzazione strutturale del Pronto Soccorso medesimo, anche in ossequio alle istanze derivate dalla necessità di pazienti Covid-19; sarà allestita un'Area di **Terapia Sub-intensiva**, per pazienti "medici" che necessitano di essere monitorati in

REZUM TERMOTERAPIA DELL'ADENOMA PROSTATICO MEDIANTE VAPORE ACQUEO CONVETTIVO

DOTT. EMANUELE SCARPONI
DIRIGENTE MEDICO PRESSO LA SCA UROLOGICA
DELL'USL UMBRIA 1

La chirurgia dell'ipertrofia prostatica, prima della metodica Rezum, si è sempre basata sul principio di rimuovere l'adenoma prostatico cioè, quella porzione della ghiandola prostatica interna che nel tempo tende a diventare ipertrofica e a ostruire il normale deflusso dell'urina. Tale rimozione sia essa eseguita con una chirurgia addominale (adenomectomia transvescicale) o per via endoscopica (resezione dell'adenoma TURP, vaporizzazione dell'adenoma con green laser, enucleazione endoscopica), comporta un ricovero in media di 2 o 5 giorni, un'anestesia spinale o generale e il successivo posizionamento di un catetere vescicale con esecuzione o meno di cistoclisi.

Il decorso post operatorio è comunque caratterizzato da ematuria più o meno significativa, urgenza minzionale e la comparsa in quasi la totalità dei pazienti di **iaculazione retrograda**.

Tra le complicanze meno frequenti sono da citare: la sclerosi della loggia prostatica (che necessita di un reintervento), la stenosi uretrale, ematuria significativa, anche a distanza della procedura, che necessita a volte di una nuova cateterizzazione e cistoclisi.

La tecnologia **Rezum** consiste nell'infiltrazione di vapore acqueo nell'adenoma prostatico tramite un piccolo ago per via transuretrale. Vengono eseguite infiltrazioni su tutta la lunghezza dell'adenoma prostatico (1 ogni 2 cm circa) in modo da trattarlo tutto. Il vapore acqueo si condensa all'interno dell'adenoma stesso, generando nei giorni e nelle settimane successive una necrosi con successiva riduzione del volume dello stesso dal 40 sino al 60%.

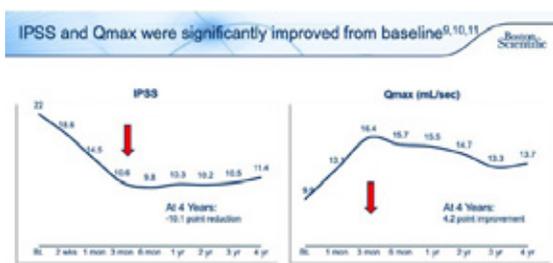
Tale procedura viene eseguita in regime ambulatoriale, in anestesia locale con blanda sedazione endovenosa. Il paziente dopo una breve osservazione



(30minuti/ 1 h) viene dimesso con un catetere a dimora senza cistoclisi. La manovra in una fase iniziale genera un'importante edema prostatico, per tale motivo il catetere viene rimosso ambulatorialmente dopo circa 5/7 gg.

Decorso post-operatorio

Nelle prime 4 settimane dopo la procedura RezDm, durante le quali si sviluppa il processo di guarigione, i pazienti generalmente avvertono che i sintomi ostruttivi sono immutati o anche leggermente peggiorati. I miglioramenti più spiccati, infatti, si verificano dopo 1-3 mesi e raggiungono un "plateau" alla fine del terzo mese. In basso vengono riportati i risultati riportati mediante valutazione del questionario validato IPSS (International Prostate Symptom Score - grafico a sinistra) e del Qmax (flusso massimo all'uroflussometria - grafico sottostante) dallo studio clinico PIVOTAL .



Dopo il trattamento i pazienti continuano ad assumere farmaci alfa-litici che di solito già prendono prima della procedura, per almeno 4 settimane. Durante la visita di controllo a circa un mese dall'intervento, viene valutata la necessità di sospendere o proseguire tali farmaci.

Ematuria e stranguria a inizio minzione, in particolare nei primi giorni, è un evento normale e può durare fino a 6 settimane. L'urgenza minzionale è il sintomo predominante che può persistere anche per 2 mesi. L'insieme di questi sintomi tuttavia sono molto meno significativi rispetto al decorso post-operatorio di una procedura tradizionale.

CONCLUSIONI

Tale procedura seppur abbastanza recente, (studi clinici a 3 anni), sta dimostrando ottimi risultati.

VANTAGGI

Manovra eseguibile in regime ambulatoriale in anestesia locale con dimissione dopo 1 ora. Molto indicata in quei pazienti che per età e comorbidità mal tollererebbero la chirurgia tradizionale. Assenza di eiaculazione retrograda e complicanze quasi assenti o comunque di non particolare impatto clinico. Può essere eseguita in quei pazienti in follow up per neoplasia uroteliale vescicale dove non è indicata una chirurgia tradizionale per rischio di disseminazione della patologia neoplastica.



E' l'unica procedura che ad oggi non provoca l'eiaculazione retrograda e pertanto è indicata in quei pazienti giovani che non tollerano le terapie mediche che spesso la causano come gli alfa1-bloccanti e in coloro che vogliono mantenere una *capacitas generandi* in modo naturale.

SVANTAGGI

Non è indicata in prostate molto piccole dove la componente fibrotica ghiandolare è maggiore rispetto a quella ipertrofica. Non si conoscono risultati a lungo termine, anche se a 3 anni i reinterventi sono stati pari al 3-4% (dato comunque inferiore rispetto alle procedure standard).

Ad oggi l'indicazione è per prostate fino a 100 cc di volume anche se è già in esecuzione uno studio denominato REZUM XL per prostate \rightarrow 100 cc di volume.

In caso di recidiva o di risultato non soddisfacente può essere tranquillamente eseguita una procedura tradizionale o un nuovo trattamento REZUM.



LA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE IN UMBRIA

DOTT.SSA SARA MANDORLA
COORDINATRICE DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO UMBRE A
TUTELA DI PAZIENTI CON MALATTIE CARDIOVASCOLARI



Premessa

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono la principale causa di mortalità, ospedalizzazione, recidive, morbidità e disabilità, nonché la principale fonte di spesa sanitaria in Italia, sia complessiva, sia in termini di consumi di farmaci. Le patologie CV rappresentano il 38% della mortalità totale maschile e il 47% di quella femminile (1). Si stima che in Italia i ricoveri per infarto del miocardio siano circa 100.000 l'anno e che vi siano circa 5 milioni di pazienti coronaropatici (2). Dopo il primo evento, è elevato il rischio di incorrere in nuovi eventi CV coronarici, periferici, cerebrali: le recidive di nuovi eventi acuti/anno sono stimate in circa il 7-10% (3-6). Inoltre, vi può essere una progressione silente della malattia fino allo scompenso cardiaco o allo sviluppo/progressione delle comorbidità correlate o a un maggior grado di disabilità con frequenti re-ospedalizzazioni. La morte improvvisa contribuisce al totale delle morti CV per il 45-50%, e quasi la metà dei casi si verifica come manifestazione iniziale di malattia coronarica o altre malattie strutturali cardiache (7). La quota delle MCV sui ricoveri ospedalieri è in continuo aumento e più della metà dei ricoveri è dovuta a evoluzione cronica e complicanze di eventi acuti, oltre che a complicanze dell'ipertensione arteriosa, dell'ipercolesterolemia, del diabete e dell'insufficienza renale cronica (1). Attualmente i programmi di prevenzione primaria e soprattutto secondaria dopo un evento CV scarseggiano su tutto il territorio nazionale e non più di un terzo di pazienti affetti da SCA accedono alla cardiologia riabilitativa (CR); a questo si aggiunge un'ampia disomogeneità distributiva nelle varie regioni, con alta densità nel Nord, e bassa nel Centro e al Sud, compresa l'Umbria (8).

Mozione Fioroni-Pastorelli

La mozione "Azioni per il miglioramento del servizio di cardiologia riabilitativa in Umbria", votata l'8 settembre 2020 e approvata all'unanimità dall'Assemblea legislativa, recepisce le istanze delle associazioni nate a tutela di pazienti che hanno presentato un precedente evento CV e promuove la CR come percorso finalizzato al miglioramento della prognosi attraverso la stabilizzazione della malattia, riduzione del rischio CV, ottimizzazione e aderenza terapeutica, raggiungimento dei target terapeutici, controllo delle comorbidità, modifica dello stile di vita (9-13).

La mozione impegna la Giunta Regionale a:

- prevedere la creazione della degenza cardiologica riabilitativa;
- definire procedure idonee affinché i pazienti cardiopatici vengano presi in carico dalla CR ambulatoriale o degenziale;
- svolgere un'indagine conoscitiva e una mappatura sui defibrillatori esistenti sul territorio regionale.

Si tratta di importanti impegni strategici per il controllo/prevenzione della malattia CV, della sua evoluzione e per la prevenzione della morte improvvisa.

La situazione in Umbria

La CR è l'ambiente ideale per l'implementazione della prevenzione secondaria e la sua efficacia non è in discussione, dal momento che lo svolgimento di questo programma costituisce una raccomandazione di classe IA (10-13). Dall'evidente ricorrenza di nuovi episodi CV e nuovi ricoveri in persone con malattia coronarica deriva la necessità di garantire continuità e qualità di cura a medio e lungo termine e di migliorare gli obiettivi di prevenzione secondaria in termini di target e modifica dello stile di vita. In mancanza di un controllo strutturato dopo la dimissione circa il 30% di pazienti sospende l'assunzione di uno e più farmaci raccomandati per la prevenzione di recidive e entro un anno dalla dimissione il 20% dei pazienti viene ricoverato per una recidiva di un attacco coronarico. Nonostante gli innumerevoli documenti di consenso sviluppati dalle diverse Società Scientifiche, la realtà attuale, in Italia come in Umbria, non sembra migliorare, e la CR - insieme alla rete del post-acuto che ne rappresenta il contesto - resta ai margini dei progetti sanitari o totalmente ignorata. In Umbria nel 2018 sono stati registrati 2500 sindromi coronariche acute, oltre 2000 angioplastiche e 3700 coronarografie, quasi 500 interventi cardiocirurgici, oltre 3600 ricoveri per scompenso, ma il ricorso alla CR, fatte salve rare eccezioni locali, resta marginale, non strutturato, spesso su iniziativa del medico che compila la dimissione, o del MMG o dello stesso paziente. È legittimo chiedersi dove vanno questi pazienti dopo la dimissione. Le CR in Umbria, prevalentemente ambulatoriali, sono eterogenee nella denominazione, direzione, organizzazione, applicazione di protocolli, durata del percorso riabilitativo, composizione e funzioni del personale, che svolge anche attività ambulatoriali o assistenziali di altra natura. Le strutture riabilitative afferiscono a vari dipartimenti - Medicine Specialistiche, E/U e Cardiologia, Oncologia, Riabilitazione - in funzione dell'offerta e delle necessità organizzative locali. È probabile che, in assenza di un intervento, le CR ambulatoriali territoriali siano destinate nel tempo a essere ricomprese nell'ordinaria attività ambulatoriale o poliambulatoriale. La CR degenziale è rappresentata attualmente da una sola struttura riabilitativa con 9 posti letto, collocata presso l'ospedale di Amelia ed assorbe il 70% dei pazienti sottoposti a intervento cardiocirurgico presso l'azienda ospedaliera di Terni.

Che fare dopo la mozione

Questo è lo stato delle strutture che dovrebbero essere attivate al momento della dimissione di pazienti ricoverati per un evento acuto CV. Per questo abbiamo accolto con molto favore la mozione Fioroni-Pastorelli da cui ci aspettiamo una strutturazione di questo percorso, con l'istituzione di una CR degenziale per pazienti ad alta complessità assistenziale e CR ambulatoriale/DH per persone che non necessitano di assistenza h24, con uniformità di strutture per protocolli, modalità di trasferimento e presa in carico, composizione del team, responsabilità cardiologica, multidisciplinarietà, formazione del personale. A ciò dovrà seguire un follow-up con controlli definiti presso ambulatori cardiologici dedicati o

non, ambulatori di cardiologia territoriale, ambulatori dei MMG, con nursing con formazione di counseling con controlli periodici definiti ed eventuali controlli cardiologici di secondo livello in relazione al profilo di rischio, alla presenza di disfunzione ventricolare, e alle caratteristiche cliniche/angiografiche del singolo paziente. L'obiettivo è supportare e rinforzare l'azione di prevenzione secondaria svolta dalla CR e aiutare i pazienti a capire quali sono le implicazioni della malattia coronarica, l'importanza della terapia farmacologica e della prevenzione secondaria. Inoltre, durante il follow-up si dovrebbe continuare a gestire insieme al paziente l'ansia, la depressione e la paura che hanno accompagnato l'evento e che possono creare i presupposti per atteggiamenti come l'eccessiva cautela, l'interpretazione dei sintomi o il timore di una recidiva. Infine, vanno ricordati gli **indicatori di efficacia** di tutto il percorso CR e follow-up: 1) raggiungere/ mantenere i target di pressione arteriosa, di **C-LDL ($\leftarrow 55\text{mg/dl}$) o la riduzione di almeno il 50% del suo valore basale** (10), di frequenza cardiaca, di emoglobina glicata; 2) modificare lo stile di vita - **abolizione del fumo nel 100% dei casi**, controllo del peso e dell'alimentazione e adeguata l'attività fisica - che ha un'efficacia non minore del trattamento farmacologico.

Bibliografia:

1. Volpe M, Tocci G, Battistoni A. Inquadramento epidemiologico delle malattie cardiovascolari in Italia. *G Ital Cardiol* 2018;19(2Suppl1):5S-7S.
2. Riccio C, Gulizia MM, Colivicchi F, et al. Documento di consenso ANMCO/GICR-IACPR/SICI-GISE: La gestione clinica del paziente con cardiopatia ischemica cronica. *G Ital Cardiol* 2016;17:529-69.
3. Bhatt DL, Eagle KA, Ohman EM et al. Comparative determinants of 4-year cardiovascular event rates in stable outpatients at risk of or with atherothrombosis. *JAMA* 2010;304:1350-7.
4. Doimo S, Maras P, Barbati G, et al. Riabilitazione cardiologica ambulatoriale a Trieste: protocolli, attività ed esiti *G Ital Cardiol* 2017;18(12):862-70.
5. Ronco R, Corrao G. Sindrome coronarica acuta: dati dal mondo reale in Lombardia. *G Ital Cardiol* 2019;20(10 Suppl 2): e8-e12.
6. Damman P, Wallentin L, Fox KA, et al. Long-Term Cardiovascular Mortality After Procedure-Related or Spontaneous Myocardial Infarction in Patients with Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome: A Collaborative Analysis of Individual Patient Data From The FRISC II, ICTUS, and RITA-3 Trials (FIR). *Circulation* 2012;125:568-76.
7. La Rovere MT. La prevenzione della morte improvvisa nelle nuove linee guida europee. *G Ital Cardiol* 2016;17(2):86-90.
8. Griffo R, Tramarin R, Volterrani M, et al. Italian Survey on Cardiac Rehabilitation (ISYDE.13-Directory): report su strutture, organizzazione e programmi di cardiologia riabilitativa in Italia. *G Ital Cardiol* 2016;17(3):217-24.
9. Pedretti RF, Fattirolli F, Griffo R, et al. La Cardiologia Preventiva e Riabilitativa "3.0": dalle acuzie alla cronicità. Position paper del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR). *G Ital Cardiol* 2018;19(10Suppl3):3S-40S.
10. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2020;41:407-77.
11. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2020; 41:111-88.
12. Greco C, Bovenzi FM, Berti S, et al. Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE. L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE. *G Ital Cardiol* 2014;15(1Suppl1):3S-27S.
13. Davos CH, Rauch B. Evidence for cardiac rehabilitation in the modern era. In: Abreu A, Schmid JP, Piepoli M ed. *ESC Handbook of Cardiovascular Rehabilitation: A practical clinical guide*. Oxford University Press, 2020:1-14.

LA SANITÀ AL TEMPO DELLA GLOBALIZZAZIONE E DELLA PANDEMIA

DOTT. MARCELLO PACI

In Umbria e in misure diverse nel resto d'Italia, modernizzazione ha significato anche smantellamento dei presidi sanitari che erano presenti in tutti i paesi e le città, per concentrarli nei centri più grandi. Si è cominciato alcuni decenni fa e non è ancora finita.

Ad esempio nel territorio di Foligno si sono chiusi progressivamente gli ospedali di Trevi, Spello, Nocera Umbra, Montefalco.

Poi si è pensato a Spoleto, per il quale si cominciò a parlare di *razionalizzazione*, termine usato in passato per gli ospedali sopra menzionati e per i quali la parola significò chiusura. Nell'alto Chiascio si sono chiusi gli ospedali di Gualdo Tadino e Gubbio e se n'è costruito uno nella terra di nessuno tra le due città

Il costo di tutte queste operazioni è stato ingente: da un lato macchinari, nuove sale operatorie, strumentari acquisiti nel tempo hanno finito per marcire negli ambienti dismessi; dall'altro, per accogliere la maggiore utenza è stato necessario prima l'ampliamento degli ospedali rimasti, poi la costruzione di nuovi.

Dunque un impegno finanziario notevole, sostenuto per rendere moderno e più efficiente il settore sanitario ospedaliero.

Si sono accumulati debiti che si è tentato di sanare, *razionalizzando* le piante organiche, diminuendo i posti letto, e come corollario, il sospetto di degenerazioni e pratiche di corruzione, in alcuni casi indagate dalla magistratura.



Il nuovo corso ha comportato la soppressione dei consigli di amministrazione di un tempo, espressioni delle comunità locali, e la formazione di una nuova classe di tecnici di estrazione e controllo politico, chiamati a realizzare le linee programmatiche elaborate dagli assessorati regionale alla sanità.



Un compito difficile, oltre che da un punto di vista tecnico, da uno più squisitamente politico, perché tra l'altro si trattava di mediare con i sindaci e le comunità locali che facevano barricate dinanzi alla progressiva spoliazione dei loro presidi.

Questi dirigenti, di solito gli stessi a ruotare nelle diverse realtà, hanno svolto egregiamente il loro compito, onorando l'alto stipendio da amministratori di aziende private che gli era stato elargito.

Sono riusciti a superare, anche, non facili problemi patrimoniali, perché gli ospedali erano stati costruiti e gestiti con il contributo di privati, fondazioni, enti religiosi che, di fatto, ne erano i proprietari.

C'è voluto del tempo ma la cosa, grazie a strumenti legislativi creati ad hoc, e a una disinvolta gestione del potere, alla fine è andata in porto.

La massima parte delle strutture smantellate, poche riconvertite in un servizio specifico, funzionale alla nuova riorganizzazione.

Di fatto comunque, le diverse comunità si sono dovute rassegnare a perdere il proprio ospedale, sacrificato sull'altare di una modernizzazione che non sempre è stata percepita come un vantaggio per i cittadini e in particolare per le persone bisognose di cure.

Il processo di centralizzazione non ha interessato solo la sanità, ha coinvolto tutti gli aspetti del vivere sociale con una spoliazione progressiva delle comunità locali e l'urbanizzazione nei centri maggiori.

L'organizzazione sociale caratterizzata dalla diffusione sul territorio di gruppi sociali, ognuno raccolto sotto un campanile e una torre civica, si è andato dissolvendo.

Rimangono manifestazioni storico-folcloristiche a rivendicare un'appartenenza, un'identità.

Hanno contribuito i terremoti endemici, la costruzione di strade di grande comunicazione con interi paesi tagliati fuori dal traffico di viaggiatori, spesso unica risorsa economica e ragione d'essere.

Il nuovo assetto sanitario si è inserito in questo processo.

La contemporaneità si caratterizza anche per questi processi che la cultura dominante ha imposto di considerare necessari e irreversibili.

E dunque sono stati chiusi gli ospedali locali, perché, si è detto, non più adeguati agli standard nazionali ed europei.

La modernità impone regole di sicurezza, privacy, efficacia, efficienza, report di accreditamenti, che solo i più grandi ospedali garantiscono.

Com'era strutturata la nostra rete sanitaria in passato?

Avevamo tre tipi di ospedali: Zonali, Provinciali, Regionale.

L'Ospedale Zonale serviva per curare le patologie più semplici, aveva i reparti fondamentali e lo staff medico era costituito da alcuni medici strutturati e dai medici di famiglia che svolgevano anche un po' di lavoro ospedaliero, in particolare sui malati che lì ricoveravano.

La struttura era in qualche modo una propaggine della città che lo ospitava, quasi sempre dentro le mura, faceva parte della vita della collettività.

Per patologie più complesse i pazienti venivano trasferiti o andavano direttamente negli

Ospedali Provinciali che avevano tutti i reparti meno quelli di ultima formazione, super-specialistici, come la Neurochirurgia o la Cardiocirurgia, che si trovavano nell'Ospedale Regionale annesso alla sede universitaria di Medicina.

Lì c'era tutto quello che la scienza medica e l'organizzazione sanitaria potevano fornire. Chi gestiva tutto questo?

Essenzialmente i medici, di vario grado, e livello che si confrontavano con consigli di amministrazione espressione della comunità locale.

Una sorta di organo di controllo dell'attività e di traduzioni operative delle indicazioni che venivano dai responsabili medici.

L'attuale crisi pandemica ha fatto giustizia del nuovo assetto, la scelta della specializzazione estrema degli ospedali, la spoliazione del territorio, la operazione risparmio sul mondo sanitario con il depauperamento del personale attivo sul malato e la proliferazione del personale amministrativo, l'aziendalizzazione con obiettivi di profitto, la privatizzazione di fatto delle strutture pubbliche e l'esternalizzazione dei servizi.

Tutto questo accanto ad altro, a molto altro ha creato terreno favorevole alla vicenda corona virus, non c'erano più letti per i nuovi, tanti malati.

Gli ospedali periferici potevano essere camere di espansione della piena in arrivo.

La precedente organizzazione non era poi un modello così inadeguato, espressione anch'esso di una società ancora racchiusa dentro le mura della propria città, con legami familistici forti, con identità di collettività formatesi nei secoli.

Ma ora i piccoli centri si svuotano, e muoiono lentamente.

E nelle città tutto il benessere promesso assume contorni chimerici, e la gente non appare così felice e soddisfatta del nuovo.

In qualche modo lo stesso è accaduto per la Sanità.



IDEE ED OPINIONI

LUCIO PATOIA
DIRETTORE S.C. MEDICINA INTERNA
NUOVO OSPEDALE S. GIOVANNI BATTISTA, FOLIGNO

Gentile Direttore,
l'ultimo numero del Bollettino mi è sembrato molto interessante e coinvolgente, per i numerosi articoli che avevano tutti in comune componenti emotive ed istanze umane, sociali ed etiche di forte impatto. Ed è per sottolineare l'importanza di tenere uno spazio adeguato anche ad articoli con questi contenuti che scrivo. Ritengo infatti che, mentre articoli di contenuti scientifici possano essere anche reperiti in altre fonti, talora più accreditate della nostra, sia invece un'occasione ed una sede specificatamente "nostra" avere la possibilità di scambiarsi idee ed opinioni anche completamente diverse, purchè presentate in maniera e con metodo oggettivo, come la nostra scienza richiede. Non voglio affrontare l'annoso e noioso dibattito se la medicina sia una scienza o anche un'arte. Personalmente preferisco guardare alla parte, sempre più consistente fortunatamente, che è scienza e per questo mi spendo anche nella professione, ben consapevole che per tutte le professioni umane oltre alla preparazione tecnica del singolo conta, e conta molto, lo spessore psicologico, esistenziale, emotivo ed etico, del singolo professionista.

Ma volevo parlare di altro. E sfogliando il Bollettino, trovo che il ricordo di Stefano Brando e di Natale Mariani siano in grado di toccare alcuni aspetti cruciali del nostro essere medici: morire per causa della professione è un evento che pochi di noi, me compreso, hanno messo in conto, forse (lo dico per me) avvolti (e travolti) dal delirio di onnipotenza e invulnerabilità che spesso ci accompagna. Ed invece non è così e dovremmo rendercene conto, per noi e per le nostre famiglie. Sono stato molto colpito dal saluto e dalla lettera che ci ha inviato Graziano Conti; è stato un grande presidente e un uomo di grande spessore. Glielo ho già detto varie volte di persona ma, ripeterglielo adesso che non è più presidente, credo sia giusto perché anche lui, dopo aver dato tanto al nostro Ordine provinciale, potrà forse sentire un pò di solitudine e invece spero senta la grande riconoscenza che tutti gli dobbiamo (che dovrà farsi tangibile mi auguro in una prossima occasione ordinistica ufficiale). Quelli gestiti da Graziano sono stati anni importanti e io mi auguro che si possa farne una riflessione pubblica tra noi; ripercorrere le tappe della nostra storia è il trampolino di lancio più appropriato per programmare il futuro. Ringrazio molto anche Valerio (Sgrelli); spesso mi chiedo cosa rimarrà dei



miei anni (ormai tanti) di lavoro, delle tante persone che ho cercato di aiutare, delle tante notti in cui ho soccorso pazienti e consolato o informato di brutte notizie i parenti, delle chiacchiere con gli infermieri, della condivisione di dati ed esperienze con gli specializzandi, di tante altre esperienze belle o brutte vissute durante o a causa di questa professione. E conosco la risposta: nulla, dalle aziende per cui ho lavorato e lavoro. E dopo la pensione presto sarò uno sconosciuto al sistema per il quale ho speso una vita e nel quale, presumo, dovrò rientrare come utente, paziente, impaziente che dovrà diventare paziente per forza. Ci ho organizzato anche un Convegno all' Ordine , se qualcuno lo ricorda, e non ho smesso di coltivare l'idea di promuovere tra tutti i medici , giovani e non, la cultura dell'appartenenza dei medici al sistema sanitario, anche quando non sono più in servizio. E Valerio mi ha riempito di consapevole ottimismo; quello che conta e che nessuno potrà mai portarti via è quello che hai dato e che le persone per cui hai speso la vita ti riconoscono. E per me che sono proiettato, per il mio credo cristiano, verso l'aldilà, è una ventata di fiducia molto concreta: " Avevo fame ma quando Signore l'ho fatto ? Ogni volta che.....".

E da ultimo, ma come si dice, non meno importante, cito la lettera del Prof Santeusano sul mifepristone. Ho già dichiarato poco sopra il mio conflitto di interesse: sono un uomo, un medico e poi un cristiano e reputo l'aborto una contraddizione come medico, una sconfitta sul piano umano, un male sul piano etico. Parlo dell'aborto; non di chi, a qualsiasi titolo, è coinvolto nelle scelte e nelle procedure abortive, sui quali non direi mai una critica. Credo che sia tuttavia importante una continua riflessione ed un confronto sul tema, basata sui dati e non sulle posizioni confessionali , come suggerito dal Professore. Lo scopo di questo mio articolo non fa ritenere opportuno affrontare adesso, con un approccio scientifico e culturalmente aperto, gli effetti indesiderati del mifepristone e le modalità appropriate della sua somministrazione. Diro' solo che al mifepristone è legata una lezione fondamentale datami dal prof. Albano Del Favero, con cui ho lavorato dal 1982 al 2008. Erano appena usciti i primi lavori, due dei quali sul New England Journal of Medicine , e l'uso del farmaco era molto dibattuto, per ovvi motivi ideologici, in quanto dal punto di vista scientifico i dati erano piuttosto chiari, seppure preliminari. Il Professore girò a me l'invito ricevuto per presentare i dati della revisione degli studi sul mifepristone ad un Congresso Nazionale organizzato dall'Unione Donne Italiane. Era la prima occasione per me di parlare in pubblico , molto giovane, ed in sostituzione di una autorità internazionale in farmacologia clinica. Accettai subito ma, nei giorni successivi, cominciai a sentirmi in imbarazzo perché la mia posizione ideologica rispetto al tema era diversa da quella di Del Favero, ma nel contempo mi sarebbe dispiaciuto molto non parlare a quel congresso. Alla fine decisi che non potevo tacere e dissi al Professore che ero in ambasce a parlare del mifepristone perché sull'aborto la pensavo diversamente da lui, cui per primo era stata affidata la relazione. Il Professore, con la sua calma assoluta di quando voleva farti capire che eri fuori strada (l'ho imparato dopo) mi disse: " Non vedo il problema. La relazione è sulla farmacologia clinica del mifepristone e quindi parli di questo ; poi in discussione , se il discorso va sui temi etici, dirai come la pensi". E' questa la distinzione che ho tenuto da allora sempre, ed è questo il metodo che propongo anche in questa sede per affrontare senza timore e con scambi proficui, anche argomenti potenzialmente divisivi.

LE PROPOSTE SUMAI PER LA
MEDICINA DEL TERRITORIO
“TEAM MULTISPECIALISTICI
E MULTIDISCIPLINARI PER
SUPERARE
IL PARADIGMA PRESTAZIONALE”



In occasione dell'audizione presso la XII^o Commissione Igiene e sanità del Senato il SUMAI-Assoprof ha presentato le proposte per il potenziamento e riqualificazione della Medicina Territoriale nell'epoca post-Covid.

Nello specifico la proposta elaborata dagli Specialisti Ambulatoriali Interni risponde alla necessità di un modello organizzativo che riconosca il bisogno di assistenza specialistica nei diversi contesti dell'assistenza territoriale quali le strutture residenziali sanitarie, le cure domiciliari, gli hospice, le Case della Salute e a tutti i luoghi di cura extraospedalieri che ad oggi connotano un moderno sistema sanitario aperto ai bisogni della cronicità. La realizzazione di un reale cambiamento organizzativo in ambito territoriale sarà tuttavia consentita solo dalla presenza di alcuni elementi discriminanti:

1^o) la disponibilità di dati statistico-epidemiologici che consentano l'elaborazione di un efficace sistema di modellizzazione della cronicità con la stratificazione dei relativi bisogni; 2^o) una profonda revisione dell'approccio prestazionale dei nomenclatori sanitari attualmente in uso allargato ai piani di cura per la cronicità; 3^o) l'interconnessione delle banche dati e delle reti informatiche territoriali ed ospedaliere; 4^o) la promozione di modelli assistenziali che favoriscano il lavoro di squadra e l'azione proattiva coordinata di tutti gli operatori dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica nonché degli stakeholder istituzionali e della comunità.

L'attuale quadro emergenziale Covid-19 ha parallelamente fatto emergere il ruolo che gli strumenti offerti dall'attuale tecnologia digitale sono potenzialmente in grado di giocare, evidenziando parimenti le importanti criticità tecnologiche ed infrastrutturali della digitalizzazione che non permettono di realizzare su larga scala interventi di rilevante impatto socio-sanitario (telemedicina).

Il Servizio Sanitario Italiano è l'unico al mondo dotato di una capillare rete di circa 20.000 specialisti, medici e professionisti operanti nell'ambito di tutte

le discipline, dedicati specificatamente e contrattualmente a tutta la componente assistenziale "extradegenziale", ma spesso confinati ad un setting ambulatoriale caratterizzato da una logica meramente prestazionale e con importanti carenze di modelli organizzativi di riferimento e di concreti strumenti di coordinamento con gli altri "pezzi" del sistema sanitario.

Lo Specialista Ambulatoriale Interno concorre, per contratto, ad assicurare l'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari in tutti i possibili setting assistenziali, in particolare territoriali, opera nello specifico non solo in sede ambulatoriale ed in sede ospedaliera, ma anche presso i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza domiciliare, in assistenza nelle residenze protette, negli ambulatori dei medici di medicina generale, ecc... Nella sua qualità di medico e professionista pubblico, interno al SSN e parte integrante dello stesso, lo Specialista Ambulatoriale Interno per contratto : assicura l'assistenza specialistica in favore dei cittadini utilizzando anche i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati ed evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie; collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva e alle attività di farmacovigilanza pubblica; partecipa alle disposizioni in materia di pre-ospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative di assistenza sanitaria anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale; realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza, compreso il teleconsulto e la telemedicina ; adotta le disposizioni regionali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali, ivi compresi i piani terapeutici riguardanti particolari patologie.

Da questi elementi emerge l'ineludibile necessità di implementare un modello di assistenza specialistica territoriale che possa superare il paradigma strettamente prestazionale, garantire il lavoro in equipe e rispondere alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, senza ricorrere alle risorse ospedaliere e porre le basi per futuri modelli di gestione territoriale del paziente anziano con patologia cronica.

La complessità assistenziale di questi pazienti cronici potrà essere garantita dalla costituzione di team multispecialistici e multidisciplinari (equipe specialistiche territoriali) di riferimento per uno specifico bacino di popolazione distrettuale, legati quindi alla tipologia e alle peculiarità del territorio, e dedicati sia all'assistenza specialistica dei pazienti cronici ed anziani nell'ambito residenziale e domiciliare sia all'intervento specialistico in situazione di acuzie di bassa e media intensità assistenziale.

La disponibilità di un tale livello assistenziale, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità territoriali (microteam MMG/PLS, infermieri di famiglia, fisioterapisti, ecc..) consentirebbe la riduzione del

tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni.

L'operatività di un'equipe specialistica territoriale permetterebbe, infatti, la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle acuzie semplici alla terminalità, attraverso la collaborazione con tutte le altre professionalità, ognuna secondo le proprie competenze, promuovendo il criterio della prossimità, in un lavoro condiviso in grado di tutelare realmente la salute dei cittadini vicino al luogo dove vivono e lavorano.

In armonia con quanto previsto dal "Chronic Care Model", l'organizzazione proposta prevede in particolare la presa in carico sulla base di un definito sistema di stratificazione statistico-epidemiologica dei pazienti cronici del bacino di riferimento, secondo le seguenti articolazioni:

A) un'area per la gestione di uno strato della popolazione sana o apparentemente sana con un'attività di prevenzione, educazione e promozione della salute, a carico principalmente del micro-team della MMG/PLS, con la gestione delle cosiddette acuzie semplici attraverso una attività di consulenza da parte dello Specialista Ambulatoriale Interno, presso lo studio MMG, Poliambulatori o il domicilio; B) un'area di presa in carico delle cronicità semplici sulla base di PDTA di tipo specialistico territoriale attuabile sempre presso lo studio del MMG/PLS, ambulatori o domicilio; C) un'area della gestione della cronicità complessa di tipo prettamente specialistico territoriale per la gestione dei pazienti complessi (cardiopatici, pneumopatici, neurologici, diabetici ecc..) sul territorio che non richiedano il ricovero e gestibile nell'ambito dei percorsi strutturati di Cure Domiciliari, RSA, Centri Salute/Distretti; D) un'area avanzata per casi gravi, terminali di cure palliative presso il domicilio (ADI), Hospice, RSA.

Lo strumento elettivo per la realizzazione della presa in carico secondo tale modello è costituito dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato e concordato tra i vari professionisti con il supporto degli adeguati mezzi tecnologico-digitali particolarmente per le aree disagiate.

Alla luce di quanto sin qui esposto appare dunque necessario pensare ad una sanità territoriale nuova ispirata ad una "vision" in grado di rispondere alla domanda di salute presente e futura che possa essere realmente integrata da un punto di vista organizzativo per valorizzare la specificità di tutti i suoi attori, pur nelle diverse peculiarità, al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione.

ANTONIO MAGI - SEGRETARIO GENERALE SUMAI-ASSOPROF

MASSIMO SORBO - SEGRETARIO REGIONALE

ALESSANDRO CIACCA - SEGRETARIO PROVINCIALE

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA: IL PUNTO DELLA SITUAZIONE A MARZO 2021

DOTT. LORENZO OLIVIERI



Qualche giorno fa è cominciata a circolare nell'ambiente, amplificata a gran cassa dai media specializzati e da comunicazioni sindacali delle Associazioni di categoria, la notizia di un deciso balzo avanti nell'iter legislativo del decreto attuativo della **Legge Gelli-Bianco**.

Il decreto sta procedendo spedito nei vari passaggi: predisposto dal Ministero dello Sviluppo Economico, ottenuto il parere positivo dal Ministero della Salute e dalla Commissione Nazionale ECM in un incontro straordinario del 5 Marzo us, è stato da ultimo inviato alla Conferenza delle Regioni.

Sembra essere abbastanza definito nel suo impalcato e formalizza un aspetto non secondario: **la formazione ECM del professionista sanitario è requisito indispensabile per l'efficacia della propria assicurazione RC professionale.**

Nel comma 8 dell'art. 3 si può leggere:

“L'assolvimento da parte dei soggetti responsabili del danno, anche se operanti a qualsiasi titolo presso la struttura, di un numero di crediti in materia di educazione continua in medicina inferiore al 70 per cento dei crediti relativi al triennio formativo antecedente alla data di verifica del danno, è causa di esclusione dell'operatività delle coperture di cui all'articolo 10, commi 1, 2 e 3 della Legge, fermo restando l'onere della prova dell'adempimento a carico dei responsabili o delle strutture interessate dalla richiesta risarcitoria. In caso di azione diretta e nell'ipotesi di copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie prestata dalla struttura attraverso le analoghe misure di cui all'articolo 10, comma 1, della Legge, le eccezioni di inoperatività non sono opponibili al danneggiato, fatto salvo il diritto di rivalsa dell'impresa assicurativa o della struttura nei confronti dell'assicurato o del responsabile.”

Se in teoria la cosa non dovrebbe generare eccessivi allarmismi dato che nel nostro percorso professionale l'aggiornamento è una necessità imprescindibile, in realtà desta qualche pensiero più per l'enorme mole di situazioni, distinguo e deroghe che si sono sommati nel corso degli anni. In aggiunta la banca dati ECM del CoGeAPS talvolta non ha dato all'utente una situazione aggiornata e

fedele del proprio portfolio crediti. Una situazione quindi piuttosto nebulosa per l'end-user. Nel Dicembre 2019 è stato istituito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, proprio per affrontare questa situazione, un **Gruppo di Lavoro con lo scopo di revisionare e valorizzare il sistema della formazione continua nel settore salute**. Per la FNOMCeO ne fanno parte il Segretario, Roberto Monaco, il Coordinatore dell'Area Strategica Formazione, Roberto Stella e il Componente della Commissione nazionale Albo Odontoiatri, Alessandro Nisio. Il 2020 ha ostacolato, come un po' per tutto, il percorso del Gruppo di lavoro, ma non lo ha fermato e presto arriveranno nuove proposte innovative. Proprio dal Componente Odontoiatra della Commissione Nazionale ECM Nisio arrivano dati con l'intento di dare numeri precisi e con i quali ogni Sanitario può rapportarsi:

- **anche per il triennio 2020-2022 è stata confermata la necessità di ottenere 150 crediti formativi, un numero che va integrato al netto di esoneri, bonus o esenzioni**
- Il sanitario può ottenere una **riduzione se nel triennio precedente (2017-2019) si è completata l'offerta formativa richiesta**: fino a 30 crediti di bonus
- Il sanitario ottiene un'ulteriore **riduzione se si è soddisfatto il dossier formativo** predisposto dalla FNOMCEO per tutti gli iscritti: 20 crediti di bonus
- **Per il 2020 sono stati riconosciuti come acquisiti 50 crediti a tutti i sanitari che, come disse il Presidente Anelli " impegnati nella lotta contro il nuovo virus, hanno fatto dell'attività professionale la loro stessa fonte di aggiornamento"**
- Sempre come conseguenza logistica della pandemia in atto è stato deciso che **chi non ha soddisfatto il quorum necessario nei trienni precedenti (2014-2016 e 2017-2019) può farlo entro il 31 dicembre 2021**. Ovviamente i crediti che il sanitario ottiene e che utilizza per "sanare" i deficit precedenti non possono essere usati per questo triennio in corso.

Una novità partorita dal lavoro della Commissione Nazionale ECM riguarda **casi "particolari", Colleghi in pensione o che lavorano saltuariamente (reddito annuo uguale o inferiore a 5.000€): non è necessario acquisire tutti i crediti previsti per il triennio** ma *"nella misura di 2 crediti ECM ogni 15 giorni continuativi di sospensione dell'attività professionale, nel limite dell'obbligo formativo individuale triennale"*.

Ritornando all'incipit di questo articolo, questo salomonico decreto attuativo inserito nella Legge Gelli-Bianco sembra trovare consensi da parte di tutte le componenti istituzionali coinvolte, e come i precedenti sembra anche questa volta aggiustare nuovamente il tiro sul solito "bersaglio": il sanitario.

Bisogna però considerare due aspetti: il programma ECM ha festeggiato ormai i 20 anni ed è maturato a tal punto che mi resta difficile non riuscire a trovare la possibilità di diversificare la propria esperienza formativa (anche sulla base dei propri campi di interesse) e ottenere quello che la legge richiede; inoltre la nascita del gruppo di lavoro sembra aver dato una decisa accelerata alla volontà di rivedere proprio l'impalcatura del sistema ECM che lo stesso Segretario Monaco definisce "ormai datato". Alla data di oggi non sappiamo se questo decreto vedrà la luce in toto per come è ora o magari verrà "spuntato" o rifinito, **nel dubbio ... aggiorniamoci**.

ELENCO CORSI ANDI

LINK UTILI

Per controllare il proprio stato formativo <https://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot>

Per poter accedere ai corsi FAD ANDI <https://www.dentistionline.it/#/home>

Per poter accedere ai corsi FAD della FNOMCeO <https://portale.fnomceo.it/corsi-fad>

Programma Culturale ANDI Umbria anno 2021

25 Marzo 2021

Coronectomia – Gestione chirurgica del terzo molare e rischio di danno neurologico
Relatori: Prof. Claudio Marchetti – Prof. Giuseppe Monaco – Prof. Elisabetta Vignudelli

7 Aprile 2021

Lesioni bianche e rosse della cavità orale e il ruolo dell'odontoiatra sentinella
Relatore: Prof. Michele Davide Mignogna

29 Aprile 2021

Lesioni ossee mascellari: diagnosi e terapia
Relatore: Prof. Francesco Riva

5-12 Maggio 2021

Ortodonzia intercettiva e trattamento con apparecchiature straight wire HDSC nel paziente in età evolutiva
Relatore: Prof. Daniel Celli

27 Maggio 2021

Concetti base per l'utilizzo delle faccette in ceramica: dalla progettazione alla consegna
Relatore: Dott. Andrea Fabianelli

IL PUNTO SULLE VACCINAZIONI

Dopo tanto richiedere, mediare, battere i pugni, riunioni telematiche, ore e ore di conversazioni telefoniche, il programma di vaccinazione per i Sanitari liberi professionisti, gli Odontoiatri e altre categorie mediche che non facevano parte della prima fascia, è partito.

Enorme è stato il lavoro svolto dal nostro Presidente OMCeO Perugia Verena De Angelis, un lavoro diplomatico di altissimo profilo, e a Lei va il nostro più riconoscente e perenne ringraziamento.

L'impegno profuso dal Presidente dr.ssa De Angelis, svolto di concerto con il Presidente CAO Antonio Montanari e il Presidente ANDI Perugia Andrea Donati, ha permesso di ottenere che tutti i Colleghi, indipendentemente dall'età, le dipendenti e le ASO venissero vaccinati con Pfizer o Moderna.

Al momento in cui scriviamo sono già partite le somministrazioni delle seconde dosi di richiamo e nel breve termine di qualche settimana l'intero comparto dentale regionale che ne avrà fatto richiesta sarà vaccinato. Un bel risultato!

L'INSOSTENIBILE LEGGEREZZA DI CHI DECIDE SEMPRE SULLE NOSTRE SPALLE

DEDICATO ALLE TANTE SARA CHE LAVORANO
NEL NOSTRO SISTEMA SANITARIO REGIONALE*...

CRISTINA CENCI
VICE SEGRETARIO REGIONALE VICARIO CIMO UMBRIA



Nelle aziende ospedaliere e sanitarie umbre il CCNL non si applica ma si interpreta, spesso o quasi sempre, a svantaggio dei medici, nel mancato rispetto della normativa di fonte giuridica o contrattuale. A volte senza che si riesca a capirne le reali motivazioni, se non quelle dettate da ignoranza e presunzione.

Una considerazione amara, ma lucida e veritiera, frutto dei miei primi 5 anni di esperienza sindacale in CIMO Umbria.

A parziale giustificazione e per onestà intellettuale, devo dire che anche gli uffici amministrativi delle nostre realtà aziendali, hanno subito negli ultimi 10 anni, tagli agli organici che non hanno consentito di sostituire i pensionamenti, e che alcuni funzionari sanno fare bene il proprio lavoro e conoscono le norme.

Ma il risultato finale non cambia.

I diritti dei dirigenti medici ospedalieri sono calpestati con grave nocumento per il sistema salute della nostra Regione.

Un esempio su tutti, solo l'ultimo in ordine temporale di tutti quelli che potrei fare, ha il volto di una giovane collega, Sara, appassionata del proprio lavoro, preparata, tenace e determinata nel vedere rispettate le regole e i diritti.

È mamma e medico, come la maggior parte delle colleghe che garantiscono la continuità assistenziale nei nostri reparti ospedalieri, ma non ha un rapporto di lavoro da dipendente, è medico in convenzione, in una branca che non è quella che predilige dal punto di vista professionale, ma l'unica disponibile per il momento. Contestualmente esercita la libera professione, con pazienti che si affidano alle sue cure con regolare periodicità, proprio per il suo titolo specialistico.

Sara ha l'opportunità di essere assunta a tempo determinato, ed opta per il regime non esclusivo, come previsto dall' art. 14 comma 1 CCNL 2016-18. Per continuare a seguire i propri pazienti e non doverli lasciare ad altro collega... l'alleanza terapeutica tra medico e paziente è fondamentale per garantire l'esito finale, quello di tutelare e garantire la salute ai cittadini.

Grande il suo disappunto quando si sente rispondere che una legge del 1992 non lo consente, e che la legge prevale sul contratto.

Mi contatta grazie ad un collega, esperto e navigato, perché per età ed esperienza

professionale, ne ha viste e subite tante in questa Regione la quale evidentemente poco ama la libera professione dei medici e fa di tutto per osteggiarla...(potremmo aprire una saga letteraria a puntate, proprio su questo aspetto, scritta a quattro mani se interessa!!!)

Tornando a Sara e facendola breve, non riesco, con la dialettica sindacale, a farle ottenere ciò che è suo diritto e resto ancora in attesa di ricevere risposta da parte dell'azienda all'istanza di seguito allegata e inviata il 4 febbraio 2021*.

L'attuale pandemia da Covid 19 ha mostrato tutta la debolezza del nostro Sistema Sanitario Regionale, sia sul territorio che negli ospedali. Mancano medici specialisti in tutta Italia e Sara è contesa dalle limitrofe regioni dove ha partecipato a concorsi per assunzione a tempo indeterminato. Rischiamo di perderla, al pari dei colleghi neo specialisti o specializzandi, che sono stati assunti a tempo indeterminato nella vicina Toscana, nelle Marche o in Emilia Romagna, perché la nostra Regione non ha saputo organizzarsi per tempo con Aziende e Università, per bandire concorsi a tempo indeterminato secondo quanto normativa prevede. CIMO Umbria ha portato l'esempio di Sara all'attenzione regionale e nazionale e siamo pronti ad aprire un contenzioso legale se non riusciremo a garantire la corretta applicazione della legge e del contratto in tutte le aziende, perché mai come ora, noi medici abbiamo bisogno di non veder svilita la nostra professione e professionalità, ma soprattutto la nostra intelligenza, da burocrati passacarte chiusi negli uffici o in smart working, che con il loro agire, limitano la nostra possibilità di esercitare il diritto di scegliere, almeno finché la legge ce lo permette.

*Per ragioni di riservatezza, nella pubblicazione dell'istanza è stato omesso ogni riferimento alla azienda/ASL cui l'istanza è stata indirizzata.





Prot. SRU/13/2021 – Terni 04/02/2021

Responsabile della Direzione Amministrativa PO

E, p.c. Al Direttore Generale,
Al Direttore Sanitario
Al Direttore Amministrativo

Pec..... LORO SEDE ISTITUZIONALE

Oggetto: Assunzione in servizio di un dirigente medico a rapporto non esclusivo come sancito dal comma 1 dell'articolo 14 del vigente CCNL 19 dicembre 2019.

In riferimento all'oggetto ed ai precedenti colloqui telefonici intercorsi, al fine di esercitare pienamente le prerogative sindacali contrattualmente previste, nell'ottica della fattiva collaborazione con l'Azienda per favorire la risoluzione dei problemi che ha sempre contraddistinto la nostra azione sindacale, nell'ambito del rapporto di correttezza e buona fede che abbiamo con la Direzione generale e sanitaria della....., alleghiamo alla presente il parere che CIMO UMBRIA ha richiesto al Dipartimento giuridico contrattuale di CIMO.

Il parere richiama tutte le norme di fonte giuridica e contrattuale, che si sono succedute dal 1992 ad oggi e che hanno modificato/integrato il D.Lgvo 20/12/1992 n.502, richiamato da codesta spettabile ASL a giustificazione della impossibilità alla assunzione del dirigente medico, a rapporto non esclusivo. Tali modifiche, riportate analiticamente nel parere allegato, hanno reso possibile fin dal **CCNL 3 novembre 2005** l'assunzione in servizio di un dirigente medico, sia a rapporto esclusivo che non esclusivo, nella formulazione del comma 1 dell'articolo 10 del CCNL citato, che riportiamo integralmente:

"A decorrere dal 30 maggio 2004, data di entrata in vigore della legge 26 maggio 2004, n. 138, il rapporto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria può essere esclusivo o non esclusivo. Dalla stessa data, è disapplicata la clausola contenuta nel primo periodo dell'articolo 13, comma 7 del CCNL 8 giugno 2000".

Pertanto, nella lettura delle norme di fonte giuridica e contrattuale, per come proposta dal nostro Dipartimento giuridico contrattuale che legge in cc la presente nota, nulla osta alla stipula del contratto individuale di assunzione del dirigente medico che voglia esercitare il proprio diritto all'opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo.

Certi che la nostra lettura della problematica in oggetto possa essere di ausilio a codesta spettabileper non perdere l'opportunità di assumere con rapporto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, professionisti che oggi sono impiegati nei servizi della stessa azienda con rapporti di lavoro differenti da quello della dipendenza, l'occasione ci è gradita per porgere i nostri più cordiali saluti.

F.to
Dott.ssa Cristina Cenci
Vice Segretario Regionale VicarioF.to
Dott. Marco Coccetta
Segretario Regionale CIMO UMBRIA



*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.

