



Bollettino

02/2021

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

indice

- 3 | COMUNICATO DELLA PRESIDENTE
- 5 | IL MEDIOEVO CONTEMPORANEO
- 7 | INTERVISTA ASSESSORE LUCA COLETTI
- 25 | PERSONALE ASO

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

Sommario

- 3 LETTERA INVIATA ALLA FNOMCEO E A TUTTI I PRESIDENTI DEGLI ORDINI DEI MEDICI D'ITALIA
- 5 MEDIOEVO CONTEMPORANEO
- 7 INTERVISTA ALL'ASSESSORE LUCA COLETTI
- 10 IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR): MISSIONE SALUTE!
- 14 AGOPUNTURA AURICOLARE
- 18 RIABILITAZIONE RESPIRATORIA E PREVENZIONE TISIOPNEUMOLOGICA; IL SERVIZIO RACCONTA LA SUA TRASFORMAZIONE
- 21 TRACCE STORICHE DEGLI OSPEDALI
- 24 PERSONALE ASO: NOVITÀ SOTTO IL SOLE ESTIVO
- 27 "GRATI DELLA GRATITUDINE" IL MEMORIAL BARBETTI 2020 ALL'ORDINE DEI MEDICI DI PERUGIA
- 29 DONAZIONE AL REPARTO COVID DELL'OSPEDALE DI FOLIGNO IN MEMORIA DEL DOTT. ENRICO ORSINI FEDERICI
- 30 IL DENTISTA RIFIUTA LA PRESTAZIONE: CONDANNA DEL GARANTE DELLA PRIVACY

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

Presidente

Dott.ssa Valentina Pellicciari

Dottore Commercialista e

Revisore Legale

Membri effettivi

Dott.ssa Elena Bartoloni Bocci

Dott.ssa Claudia Giannoni

Membro supplente

Dott. Francesco Giorgetti

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

Prof. 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

Riportiamo il testo della lettera inviata alla FNOMCeO e a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici d'Italia invitando tutti i colleghi a trasmetterci la loro opinione nel merito.

Perugia, lì 18 giugno 2021

L'emergenza pandemica da COVID-19 ha visto tutte le categorie sanitarie in prima linea per dare una risposta efficace e diffusa alle tante necessità assistenziali della popolazione.

Tuttavia, a fronte di questo encomiabile sforzo collettivo, alcune scelte del legislatore non appaiono condivisibili, in quanto vulnerano la tenuta dell'inderogabile diritto alla salute dei cittadini.

In particolare, l'art. 20 del d.l. 22 marzo 2021, n. 41, (cosiddetto 'decreto sostegni'), tra le altre cose, ancorché in via sperimentale, per tutto il 2021 consente la somministrazione in farmacia dei vaccini anti SARS CoV-2, anche in assenza di personale medico di riferimento.

Ebbene, l'Ordine dei Medici, Ente pubblico sussidiario dello Stato, ha come principale mission la tutela degli interessi dei cittadini connessa all'esercizio professionale, e non può non esprimere forte contrarietà in merito alla suddetta inspiegabile disposizione ravvedendo almeno due evidenti aspetti negativi.

Il primo e più importante vulnus riguarda la salute dei cittadini in senso stretto: l'assenza del medico, infatti, priva gli assistiti della garanzia dell'unico professionista sanitario in grado di interpretare correttamente il complesso rapporto tra vaccinazione e stato di salute dell'interessato. Ciò avviene peraltro sia per il soggetto sano, che per quello portatore di stati patologici in tutte le fasi della vaccinazione: sia la raccolta ed interpretazione delle notizie anamnestiche, che la somministrazione del farmaco, l'osservazione post iniezione e, infine, l'eventuale assistenza in fase emergenziale. Occorre ricordare, invero, che esclusivamente la presenza del medico può assicurare all'intervento vaccinale quel contributo di conoscenze, derivante da percorsi di studio esclusivi ed abilitanti, necessario per evitare rischi imprevedibili, sia immediati che dilazionati nel tempo per la salute del vaccinato. L'art. 35 del Codice di deontologia medica (Consenso e dissenso informato) dispone che: "L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile". Viene in gioco altresì il tema della responsabilità professionale, soprattutto in quanto si deve procedere attraverso scelte cliniche basate su elementi di discrezionalità tecnico scientifica; scelte queste non praticabili (e non consentite) per altri professionisti sanitari.

Il secondo problema che sorge dalla scelta del legislatore di consentire le vaccinazioni in farmacia riguarda invece la tutela della professione medica e delle sue esclusività; estendere, infatti, anche solo temporaneamente ed in via sperimentale, compiti di natura strettamente medica a figure sanitarie prive del necessario bagaglio formativo/esperienziale e quindi anche del dovuto livello di consapevolezza, significa non solo depauperare di legittimi contenuti professionali il ruolo del medico, ma anche

minare pericolosamente il diritto di ogni assistito di ricevere prestazioni mediche da soggetti adeguatamente qualificati da un punto di vista tecnico e giuridico.

Le incongruenze portate ad evidenza non possono essere giustificate neppure sulla base dello stato di emergenza che stiamo attraversando, in quanto l'intervento di figure professionali sanitarie diverse non risulta al momento necessario per consentire una copertura vaccinale efficace e completa.

Stando alle rilevazioni sul territorio nazionale e regionale, l'apparato medico e infermieristico attualmente predisposto per la campagna vaccinale non è in sofferenza e non richiede l'inserimento aggiuntivo di professionisti vaccinatori non medici. Il fatto che le misure suddette siano state previste in via sperimentale e temporanea giustifica la possibile lesione del diritto alla salute dei cittadini che deriverebbe dall'applicazione della norma richiamata, in quanto le previsioni di cui all'art. 20 non soltanto non soddisferebbero il principio di proporzionalità tra il vantaggio conseguito e il diritto messo in pericolo, ma non sono chiaramente neppure necessarie.

Infine non può non stigmatizzarsi il rischio a cui si assoggetta tale personale non medico, sia in termini civilistici, sia molto più gravemente, in termini penalistici, verso persone che altruisticamente si sono messe a disposizione della comunità, ritenendo il loro intervento indispensabile, ma che invece, nella migliore delle ipotesi, va ritenuto ancillare se non addirittura ultroneo rispetto alle reali necessità della campagna vaccinale.

Riteniamo pertanto urgente che, in attesa di una auspicabile modifica della norma nazionale in questione, gli organismi sanitari anche regionali posti a tutela della salute collettiva intervengano sul punto, ripristinando il sistema vaccinale preesistente o adeguando l'attuale, garantendo la presenza del medico, al fine di assicurare agli assistiti il pieno dispiegamento del diritto alla salute in ambito vaccinale.

Va da sé che, in caso di eventi avversi, questo Ordine si riserva di valutare ogni azione, sia diretta che ad adiuvandum, in qualsiasi sede ritenuta idonea a difesa e a ristoro di qualsiasi diritto nella vicenda si sarà ritenuto leso.

PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO
OMCeO PERUGIA

Dott.ssa Verena De Angelis

VIVERE AL TEMPO DEL MEDIOEVO CONTEMPORANEO

A CURA DEL DOTT. TIZIANO SCARPONI

Ci sono degli anni che vengono presi come date per stabilire la fine di un'epoca e l'inizio di una nuova. Con il 476 d.C., caduta dell'Impero Romano d'Occidente, comincia il Medioevo. Con il 1492, scoperta dell'America, comincia l'era Moderna e sono convinto che, forse fra qualche tempo, anche il 2020 verrà considerato come l'anno dell'inizio di una nuova era.

Probabilmente gli storici diranno che la nuova epoca era già cominciata con l'avvento della rete web, ma senza dubbio il 2020 con la pandemia da coronavirus può essere considerato l'inizio ufficiale di quello che io chiamo il medioevo contemporaneo.

Mi sarà perdonato l'ossimoro e il mio addentrarmi in riflessioni più pertinenti forse per un sociologo piuttosto che per un semplice medico di base, ma osservando con spirito critico tutto il mondo che quotidianamente mi si svela davanti fatto di pazienti, di colleghi, di interazioni con i social media e con la televisione, quasi mi sento obbligato ad avventurarmi in queste considerazioni.

L'altro giorno non riuscivo a parlare con mia figlia, perché si susseguivano telefonate da parte di pazienti che mi illustravano i loro sintomi e di fatto volevano una diagnosi ed una terapia per telefono, nonostante li invitassi a venire a studio. Spiegavo a mia figlia che oramai cominciava ad essere una prassi consolidata e che quasi ci rimanevano male quando dicevo di prendere un appuntamento e questo capitava soprattutto con i pazienti più giovani. " Normale! Papà. " mi ha risposto "Ormai dopo più di un anno di lezioni ed esami fatti a distanza, di serate trascorse a chiacchierare e a cazzeggiare tra amici davanti al computer con Zoom o Skype, ci mette pensiero anche mettere il naso fuori di casa. Qualche volta mi accorgo che ho trascorso tutta la giornata in pantofole e se seguita così corriamo il rischio di non distinguere più la differenza fra il giorno e la notte. Basti pensare , come oramai, anche noi ragazze quasi quasi preferiamo acquistare persino i vestiti e le scarpe per internet.....non c'è più il piacere di andare per negozi a curiosare e vedere come facevamo prima".

Mentre mia figlia parlava mi sono affiorate alla mente i castelli e le rocche medioevali costruite per difendersi dalle invasioni barbariche. Le pestilenze che obbligavano all'isolamento e all'abbandono delle città per cercare nella



campagna luoghi più sicuri per poter sopravvivere. Il potere quasi assoluto del feudatario realizzato dai suoi sgherri... Per carità! I modi e i costumi sono diversi ma lo stato d'animo e le emozioni forse erano e sono le stesse.

E' oramai accettato da tutti che da tempo stiamo vivendo in epoca post-industriale in cui la maggior parte della popolazione non è più occupata alla produzione di beni materiali e il potere è di fatto in mano a chi detiene la conoscenza, dando vita alla cosiddetta società della conoscenza preconizzata da Peter Druker.

Il terzo millennio che stiamo vivendo scorre all'insegna dell'informazione, dello sviluppo ultratecnologico, della stampante 3D, dell'Intelligenza Artificiale e dei Big Data che sono una fonte infinita di dati grezzi che devono essere assemblati ed ordinati. Viene prodotta di fatto un'informazione e anche una conoscenza che però dovrebbe essere sempre guidata ed orientata da uno spirito critico complesso e sistemico che cozza però con il principio digitale del codificare e interpretare la realtà solo attraverso numeri ed algoritmi.

La pandemia di Covid19 con tutte le sue conseguenze di isolamento forzato, di annullamento di quasi tutte le relazioni e contatto fisico con gli altri ha determinato un cambiamento nel modo di vivere le esperienze umane creando quasi un "sé digitale", artificiale, un avatar come scrissi in un precedente mio editoriale riguardo la mia esperienza di essere medico.

"Il mondo non è più ciò che sussiste, offrendosi al viandante che lo esplora, bensì gira attorno al sedentario (e isolato) internauta: se il mondo viene a lui, egli non "è-nel-mondo", parafrasando Heidegger, ma si istituisce quale semplice consumatore di quella realtà. Indipendentemente dal fine per cui è usato, e prima ancora che gli si assegni uno scopo, il medium ci determina come "spettatori" di una rappresentazione della realtà, e non come partecipi di un'esperienza o attori di un evento. L'essere a quel punto dovrà misurarsi sull'apparire, poiché la sua importanza, il suo riconoscimento nel mondo, dipenderà dalla sua diffusione attraverso i media."

Credo che questa riflessione tratta da: "I nuovi paradigmi della "mediasfera": dall'impatto antropologico e formativo alla specificità del testo digitale" di Valentina Fonte (Formazione & Insegnamento. Supplemento n XI -1-2013 pag.159) sia un crudo corollario di quello che ci aspetterà come conseguenza di questa era che speriamo possa presto transitare verso un vero e proprio rinascimento se saremo in grado di gestire invece con flessibilità critica e matura il cambiamento, ma questo ne parleremo un'altra volta.

INTERVISTA ALL' ASSESSORE ALLA SALUTE DELLA REGIONE UMBRIA LUCA COLETTO

A CURA DEL DOTT. TIZIANO SCARPONI

Nel novembre 2019 Luca Coletto è stato nominato assessore alla tutela e promozione della salute, programmazione e organizzazione sanitaria, sicurezza alimentare, dei luoghi di lavoro, welfare, politiche famigliari per l'infanzia, i giovani e immigrazione, alla cooperazione, associazionismo e volontariato sociale ed alle politiche di parità di genere e antidiscriminazione della regione Umbria. Lo salutiamo e gli porgiamo le seguenti domande. E' di questi ultimi giorni la notizia della critica situazione finanziaria della sanità umbra. Quali sono state le cause di questa criticità e quali correttivi vengono adottati per risolverla? Lei che poteva essere considerato all'inizio del suo mandato un osservatore esterno, quali sono stati e sono i punti di debolezza del Servizio Sanitario Regionale Umbro? Come pensa di organizzare i tavoli per la stesura del nuovo piano sanitario al fine di ottenere il necessario accordo dei professionisti della sanità per il raggiungimento del governo clinico? Infine come vede la possibilità di realizzare un Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS).



“Premetto che il mio insediamento ha coinciso con la grave situazione pandemica nazionale che ha visto il coinvolgimento di tutta la rete assistenziale regionale che ritengo abbia risposto adeguatamente, nelle sue varie articolazioni, allo stato emergenziale. Essa è stata peraltro una opportunità importante che ha permesso di rilevare i punti di forza e di debolezza del sistema stesso e che hanno rappresentato il presupposto per la futura riorganizzazione sanitaria. Venendo alla sua domanda credo che non si possa individuare un'unica causa responsabile dell'attuale condizione finanziaria della sanità regionale che, ritengo, sia il frutto e conseguenza di un progressivo “abbandono” del progetto sanità della Regione Umbria. La perdita di una visione generale del sistema sanitario regionale ed il contemporaneo abbandono del concetto di centralità del paziente/utente nell'organizzazione della sanità ha fatto sì che gli interessi generali venissero meno. Questa ritengo, sia una delle cause del disequilibrio economico che peraltro, grazie agli sforzi di questi ultimi mesi, è stato riportato in pareggio. Quanto detto ha rappresentato il viatico per una progressiva perdita di

competitività del sistema “Umbria” che dovrà rappresentare una delle priorità del prossimo futuro ed a cui far riferimento per una reingegnerizzazione del sistema sanitario sia territoriale che ospedaliero con il fine di garantire migliori servizi, equità d’accesso, uniformità di trattamento secondo criteri di efficienza, efficacia e sostenibilità economica. Con questo rispondo in parte anche alla sua seconda domanda relativa a quali misure adottare per risanare tale quadro. Attualmente ci troviamo in una condizione di estrema frammentazione dell’articolazione sanitaria territoriale ed ospedaliera con la presenza, nel primo caso, di un numero di distretti eccessivo rispetto al dato della popolazione regionale cosa che determina una disegualianza nell’accesso ai servizi ed una loro non uniformità di erogazione. Questo è il presupposto per ridefinire un nuovo modello della sanità territoriale che dovrà rappresentare il fulcro della prossima futura organizzazione sanitaria. Una popolazione in cui gli indici di invecchiamento e di vecchiaia tendono progressivamente ad incrementare con conseguente maggior carico di patologie croniche, una riduzione della natalità regionale, una riduzione dell’attrattività economica sono tutte condizioni che dovranno e rappresenteranno il presupposto per una ridefinizione del nostro assetto sanitario con una visione di programmazione proattiva in grado di intervenire nelle varie fasi della malattia dalla prevenzione sino al fine vita. Un sistema che veda i vari soggetti coinvolti nell’anticipare ed intercettare precocemente i bisogni di salute sfruttando sistemi organizzativi efficienti, più vicini ai cittadini, e con il supporto delle nuove tecnologie (Telemedicina, Domotica etc..). La riorganizzazione del territorio sarà il presupposto per una ridefinizione dei compiti delle nostre strutture ospedaliere che dovranno assolvere al loro mandato assistenziale attraverso azioni sinergiche ed in rete così da definire “chi fa e cosa” con una visione regionale e non più “territoriale” riorganizzando funzionalmente i compiti e le attività di ognuno in una visione olistica dell’intero sistema sanitario ospedale-territorio. Con questo credo di rispondere, anche se in parte, alla sua domanda sui possibili punti di debolezza del sistema. La estrema frammentazione, la progressiva perdita di qualità del sistema hanno rappresentato uno degli elementi per la perdita di attrattività sia professionale che dell’utenza. Da tale punto di vista abbiamo ampi margini di miglioramento recuperando i migliori professionisti emigrati dalla regione e le migliori professionalità nazionali che potremo coinvolgere nel nostro progetto di crescita superando quel modello di chiusura all’interno dei propri confini che ha rigettato ogni elemento di competitività esterna. In questo progetto di riorganizzazione/reingegnerizzazione della nostra sanità un passaggio importante sarà il coinvolgimento leale dei professionisti della sanità e dei diversi stakeholders che saranno chiamati e coinvolti nella futura implementazione del nuovo sistema sanitario regionale attraverso tavoli di confronto finalizzati all’acquisizione delle necessità e delle istanze di ognuno. L’ultima domanda richiede una premessa che fa riferimento al fatto che l’Umbria è l’unica regione d’Italia a non avere un IRCCS e che tale soggetto sarà fondamentale nell’intercettare i fondi della ricerca stanziati dal PNRR che avranno come canale privilegiato ed unico la rete nazionale degli IRCCS. Questo nuovo soggetto il cui mandato normativo è l’eccellenza nella ricerca biomedica-traslazionale,

l'eccellenza assistenziale, la definizione di avanzati modelli organizzativi sarà fondamentale per la futura crescita dell'intero sistema salute regionale. L'IRCCS rappresenterebbe un nuovo motore di propulsione della qualità del sistema sanitario in grado di mantenere e valorizzare ciò che ancora abbiamo in termini di eccellenza nella ricerca e nell'assistenza con una visione di progressiva crescita di tutta l'organizzazione sanitaria regionale. Non è un caso che tutte le regioni abbiano avuto la lungimiranza di costituire almeno un IRCCS nel proprio territorio la cui realizzazione è stata sollecitata e favorita dalle regioni, dalle Università e da importanti Stakeholders. Il perdere tale occasione comporterà, ancora una volta, rimanere alla finestra delle opportunità impedendo di riportare la sanità della regione al posto che occupava nei decenni precedenti. Le potenzialità di sviluppo di tale soggetto sono enormi potendo rappresentare non solo un elemento di recupero di attrattività dei professionisti e degli utenti ma sarebbe un elemento di "competitività produttiva" dell'intero sistema in grado di accrescere il livello culturale e professionale generale. È necessario approcciare il problema dell'istituzione dell'IRCCS con una nuova e lungimirante visione superando logiche spartitorie "cencelliane" avendo una visione del futuro e per il futuro che veda la convinta partecipazione di tutti i soggetti coinvolti istituzionali e non."

Assessore Luca Coletto



IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR): MISSIONE SALUTE!

A CURA DEL DOTT. ALFREDO NOTARGIACOMO

Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza prevede risorse per l'Italia di 191,5 miliardi di euro di cui 68,9 miliardi sovvenzioni a fondo perduto, ma ben 122,6 miliardi in prestiti. Inoltre occorre anche aggiungere le risorse già previste nel programma di finanziamento REACT EU, circa 13 miliardi di euro, (anche se da spendere nel 2021-2023) e quelle del fondo complementare per altri 30 miliardi. In sostanza quindi il totale delle risorse disponibili ammontano a circa 235 miliardi di euro che devono essere utilizzati nel periodo 2021-2027.

Il PNRR italiano è strutturato in missioni, che rappresentano gli ambiti di intervento prioritari, e la missione 6 è quella relativa alla "SALUTE". Per questo obiettivo sono stati previsti 15,63 miliardi di euro. Vediamo di seguito come il governo italiano intende con l'utilizzo di questi fondi, dare, almeno nelle intenzioni, un contributo sostanziale allo sviluppo e all'ammodernamento della Sanità Italiana. La pandemia da COVID, ha messo in evidenza alcuni criticità strettamente correlate alla situazione demografica, epidemiologica e sociale in atto nel nostro paese.

Principalmente le criticità sono da ricercare in: una disomogeneità di erogazione di servizi, una cronica inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, elevati tempi di attesa, una difficoltà ad individuare sinergie. Inoltre, l'esperienza di quanto accaduto e sta accadendo con il COVID, ha evidenziato che esistono ampie possibilità di utilizzare maggiormente e meglio quanto la tecnologia mette in campo; in questo ambito il SSN ha iniziato ad utilizzare le tecnologie nell'ambito della telemedicina, ma le esperienze presenti in Italia sono ancora distribuite in modo disomogeneo.

Sostanzialmente i fondi riguarderanno due macro obiettivi così definiti:

- a) reti di prossimità strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- b) innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Per la realizzazione del primo macroobiettivo sono previste alcune azioni (cd. "Investimenti") con risorse ben definite.

La prima azione è la realizzazione di "Case della Comunità" (CdC), strutture nuove



o strutture già realizzate, in cui saranno presenti diversi servizi territoriali, dove opererà un team multidisciplinare formato dalle diverse figure che lavorano sul territorio (MMG, PLS, specialisti, infermieri di comunità, altri "professionisti della salute", assistenti sociali). Nelle indicazioni del PNRR la Casa della Comunità dovrebbe rappresentare un punto di riferimento per la popolazione garantendo la "promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento". In sostanza molti dei servizi che si ritrovano sul territorio dovrebbero essere presenti nella CdC diventando in sostanza un luogo di coordinamento degli stessi in particolare per i pazienti affetti da patologie croniche. Entro la metà del 2026 dovrebbero essere attive 1288 CdC, in Umbria dovrebbero essere realizzate 19 CdC.

Altra azione è quella relativa all'implementazione della casa dei cittadini come primo luogo di cura, attraverso un potenziamento delle cure domiciliari, prendendo in carico il 10% della popolazione con un'età superiore a 65 anni, entro la metà del 2026.

Il raggiungimento di questo obiettivo dovrebbe avvenire attraverso:

un modello condiviso di cure domiciliari che utilizzi al meglio le nuove tecnologie (telemedicina, telemonitoraggio, domotica, digitalizzazione);

in ogni ASL dovrebbe essere realizzato un sistema informativo che rilevi i dati clinici in tempo reale;

l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, che abbiano funzione di coordinamento dei servizi domiciliari e ne rappresentino l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;

l'utilizzo della telemedicina a supporto dei pazienti con malattie croniche.

In particolare la telemedicina è indicata ad esempio per ridurre i divari geografici e territoriali per migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, attraverso la promozione dell'assistenza domiciliare e i protocolli di monitoraggio da remoto. Tutto questo attraverso la teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio, telerefertazione.

L'ulteriore azione è il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia attraverso la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità (OdC), strutture dotate di 20-40 posti letto per ricoveri a breve durata per pazienti che necessitano di interventi di bassa/media intensità clinica. Gli OdC hanno l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari (pronto soccorso, ricoveri, prestazioni specialistiche) e contestualmente garantire alla famiglie una appropriata risposta assistenziale al proprio familiare che, dopo un ricovero e la perdita di alcune funzionalità, necessita che la propria abitazione venga, ad esempio, modificata adattandola alle sue nuove esigenze. La gestione di tali strutture dovrebbe essere prevalentemente infermieristica.

L'altro macroobiettivo, per cui è previsto un investimento di 8,63 miliardi di euro, riguarda l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN.

Gli ambiti di intervento saranno:

1) L'aggiornamento tecnologico e digitale con le seguenti azioni:

un ammodernamento del parco tecnologico degli ospedali, con sostituzione di

apparecchiature sanitarie obsolete; la digitalizzazione dei DEA di I e II livello; un aumento dell'offerta ospedaliera con un aumento dei posti letto in terapia intensiva (+3.500) e semintensiva (+4.225);

- 2) Un ospedale sicuro e sostenibile attraverso un adeguamento strutturale degli edifici in particolare per quanto riguarda la prevenzione dei danni da sisma (116 interventi);
- 3) Il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati che si esplica in un potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che rappresenterà, per il cittadino, la porta di accesso ai servizi essenziali del SSN, prevedendo una integrazione di tutti i documenti sanitari. Attraverso la piena realizzazione del FSE i professionisti sanitari potranno accedere non solo ad informazioni cliniche omogenee, ma anche ad informazioni cliniche per analizzare dati clinici e programmare con più accuratezza i servizi sanitari.

Infine l'altro macroobiettivo della missione SALUTE è quello relativo alla formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico che si realizza in due ambiti di intervento:

- 1) la valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN attraverso un rafforzamento della capacità di risposta dei centri di eccellenza per le patologie rare con trasferimento tecnologico tra ricerca ed impresa;
- 2) lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario. Prevedendo:
 - l'incremento delle borse di studio per la medicina generale (+2700 per tre cicli triennali) un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere rivolto al personale sanitario e non degli ospedali(circa 290.000 entro il 2026);
 - l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze manageriali per professionisti del SSN (circa 6500 persone entro il 2026);
 - un aumento dei contratti di formazione specialistica (+4200) per compensare la differenza tra il numero dei laureati e il numero dei posti di specializzazione.

Da questa rapida e, per quanto possibile, schematica disamina dei punti presenti nel PNRR è necessario evidenziare qualche aspetto.

Le Case della Comunità, così come descritte, sono sostanzialmente simili alle Case della Salute che in alcune regioni (es. Emilia Romagna, Toscana) hanno avuto uno sviluppo notevole con esperienze lodevoli, ma in altre hanno rappresentato solo un "contenitore vuoto". Il problema è che anche in questo caso si descrive la struttura, il contenitore e cosa è incluso nello stesso, ma sarà necessario definire correttamente le modalità operative delle stesse CdC. Per fare questo sarà anche prioritario comprendere il fabbisogno di personale e i relativi finanziamenti necessari che non sono specificatamente previsti nel PNRR; infatti i finanziamenti indicati si riferiscono solo alle strutture già esistenti

da riadattare o, eventualmente, nuove da realizzare, ma non tengono conto del personale. Pertanto se da un lato avremo un forte input, da qui fino alla prima metà del 2026, per la realizzazione delle strutture, contestualmente il decisore politico dovrà prevedere anche come reperire le risorse necessarie a garantire il personale previsto per far funzionare adeguatamente le CdC. Resta poi il nodo dei ruoli, compiti e funzioni dei vari professionisti che opereranno all'interno delle CdC. Sarà necessario rivedere ad esempio alcuni aspetti delle Convenzioni per la Medicina Generale e per la Pediatria in modo che siano individuate le nuove modalità organizzative che consentano la realizzazione piena di quanto immaginato nel PNRR. Ad esempio oggetto di confronto tra le varie figure saranno proprio le modalità organizzative del team assistenziale, come opererà attraverso ad esempio un approccio di sanità di iniziativa? attraverso l'applicazione di PDTA condivisi? Per realizzare quanto proposto sarà necessario rivedere seriamente i ruoli delle figure che opereranno nelle CdC il MMG che dovrà lavorare a stretto contatto ed integrato con l'infermiere di famiglia, con l'assistente sociale con gli altri professionisti e tutti dovranno partecipare attivamente alla valutazione multidisciplinare e multidimensionale di un paziente

Sono tutte domande a cui il PNRR non offre risposta

Un altro ambito che sarà oggetto di importante confronto tra le varie figure professionali sarà quello relativo alle COT, una in ogni distretto nella logica del PNRR la COT; questa rappresenta il nodo nevralgico per garantire al paziente la continuità delle cure nel passaggio dai vari servizi ospedalieri e distrettuali ma ogni COT dovrà di fatto, proprio per garantire la continuità coordinare efficacemente le cure domiciliari. Pertanto dovranno essere rivisti anche i livelli decisionali all'interno dei distretto.

Quindi per concludere, il PNRR permette di poter immaginare un SSN diverso probabilmente più moderno e più vicino ai bisogni dei cittadini, ma sarà compito di tutti coloro che lavorano ed operano all'interno dello stesso servizio, attraverso un confronto serio e possibilmente scevro da interessi di parte, trovare delle modalità operative che finalmente effettuino quel cambio di passo necessario a riformare il nostro Sistema Sanitario Pubblico.

AGOPUNTURA AURICOLARE

A CURA DELLA DOTT.SSA LUCIANA COLOMBO

Il dolore va interpretato come una vera e propria malattia, perchè è fonte di disabilità funzionale, ma anche di abbassamento del tono dell'umore, disturbi del sonno, ansia, paura per sè stesso. Nel suo insieme il dolore è una esperienza complessa, perchè deriva dall'integrazione di molte componenti, sia fisica, sia psichica che socio-culturale.

L'Agopuntura Auricolare o Auricoloterapia è una metodica delle Medicine Complementari (MC) che utilizza il padiglione auricolare a scopo diagnostico e terapeutico ed è adatta per situazioni algologiche.

Nasce alla medicina ufficiale nel 1957 in Francia, con le prime pubblicazioni del medico di Lione Paul Nogier, riconosciuto unanimemente come padre di questa terapia.

Negli ultimi decenni l'interesse per l'Agopuntura Auricolare è cresciuto con la produzione di numerosi studi scientifici di buona qualità che hanno permesso di studiare le basi neurobiologiche e validare nuove applicazioni cliniche.

La pratica clinica dell'agopuntura auricolare presenta molti vantaggi:

- vasto campo di applicazione algologica
- ottima compliance alla terapia del paziente (terapia non dolorosa, non è costretto a spogliarsi, possibile in certi casi anche senza aghi con una stimolazione continua nel tempo, persona già sotto carico plurifarmacologico)
- scarsità o assenza di effetti collaterali
- economicità e convenienza

Meccanismo di azione

Negli ultimi anni l'interesse per l'Agopuntura Auricolare da parte dei ricercatori è andato crescendo; la produzione di un numero di lavori scientifici di buona qualità ha permesso di studiare per spiegarne gli effetti terapeutici. L'osservazione che la stimolazione auricolare agisce sul dolore (ma anche su altre malattie) stimolando punti distali, padiglione auricolare, rispetto alla loro sede, è un concetto non intuitivo, per il quale sono stati proposti diversi modelli interpretativi.

1. Riflessoterapico. Il padiglione auricolare costituisce un microsistema sul quale incide una rappresentazione di tutto l'organismo in maniera bidirezionale funzionale.
2. Olografico. Sul padiglione auricolare è presente uno dei tanti microsistemi rintracciabili sulla superficie del nostro corpo. Ogni microsistema contiene



l'informazione globale dell'intero organismo (ologramma), così gli stimoli condotti sono capaci di determinare, attraverso meccanismi centrali di amplificazione, una efficace azione terapeutica.

3. TNT (Thalamic Neuron Theory). Prevede che a livello di SNC esista in ogni momento un'immagine (engramma) dello stato di salute o malattia del nostro organismo. La stimolazione del microsistema auricolare permette di riorganizzare in maniera corretta questi circuiti disfunzionali.
4. Medicina Tradizionale Cinese (MTC). Secondo il modello interpretativo della scuola cinese, l'orecchio è strettamente collegato al rene, organo che controlla, secondo la MTC, le funzioni riproduttive, la crescita e lo sviluppo del nostro organismo, ma allo stesso tempo presenta strette relazioni anche con gli altri Zang-Fu (organi-visceri). Quando nell'organismo è presente uno squilibrio o una alterazione del flusso Qi (energia vitale), compaiono in aree ben definite del padiglione, punti o zone che sono evidenziabili all'ispezione, alla palpazione e alla ricerca elettrica. Stimolando questi punti con gli aghi, ma anche con semi e sfere metalliche, si favorisce la libera circolazione del Qi e del sangue con il recupero dello stato di salute.
5. Basi neurobiologiche e ricerca sperimentale.
Gli effetti terapeutici della stimolazione auricolare, secondo Oleson e Romoli, sono:
azione analgesica, in parte mediata dalla liberazione di oppioidi endogeni;
azione antinfiammatoria;
azione miorelassante;
neuroregolazione del tono orto-parasimpatico;
azione trofico-vasomodulatore;
azione di riequilibrio neuroendocrino;
azione ansiolitica e sul tono dell'umore;
regolazione del sonno.

Indicazioni

Il medico che pratica l'agopuntura auricolare deve cimentarsi frequentemente in queste sfide terapeutiche: nella terapia del dolore (patologie algiche dell'apparato muscolo-scheletrico acute e croniche, cefalee ed emicranie, nevralgie facciali....), in neurologia (sindromi vertiginose, tremori, sequenze di incidenti vascolari....), in gastroenterologia (colon irritabile, nausea e vomito, discinesia delle vie biliari, dolore emorroidario....), in campo ostetrico ginecologico (dismenorrea, sindrome climaterica, sindrome premenstruale, iperemesi gravidica....), urologica (enuresi notturna infantile, incontinenza,), dermatologico (orticaria,...), nei disturbi psicoemotivi (ansia e patologie correlate, insonnia, sindromi depressive lievi), in campo odontoiatrico (sindrome dell'ATM, ansia odontoiatrica, anestesiologia, dolore postestrattivo....), in otorinolaringoiatria (sinusiti, acufeni.....), dipendenze. Nelle patologie dolorose acute, in particolare in quelle dell'apparato muscolo-scheletrico, la risposta della stimolazione auricolare è presente già nelle prime giornate, non è raro che il miglioramento possa essere rilevato durante lo stesso svolgimento della seduta.

Controindicazioni

- Assolute : patologie flogistiche ed infettive in atto del padiglione auricolare; paziente agitato, non collaborante; patologie dolorose viscerali e toraciche non ancora diagnosticate; paziente defedato.
- Relative :bisogna prestare attenzione alle donne in gravidanza, non stimolare certi punti; pazienti con anticoagulanti; non vanno utilizzati gli aghi per i bambini; non far diagnosi elettrica o elettrostimolazione per i pazienti portatori di pace-maker.

Effetti collaterali

- Reazioni vegetative come lipotimie, vertigini, reazioni vagali
- Ematoma
- Dolore tardivo dovuto ad aghi a semipermanenza ma anche a semi di vaccaria e a microsferie metalliche.
- Peggioramento della sintomatologia dovuto alla reazione o sindrome da iperstimolazione
- Infezioni batteriche successive al posizionamento di aghi a semipermanenza

Studi osservazionali di agopuntura auricolare nella S.T.C. e gonartrosi

Nel 2007 ho lavorato con il Dr. Alessandro Ciacca , reumatologo della Usl 1, alla valutazione e cura di alcune patologie reumatiche con la tecnica dell'agopuntura auricolare. In questo periodo il nostro lavoro è stato quello di:

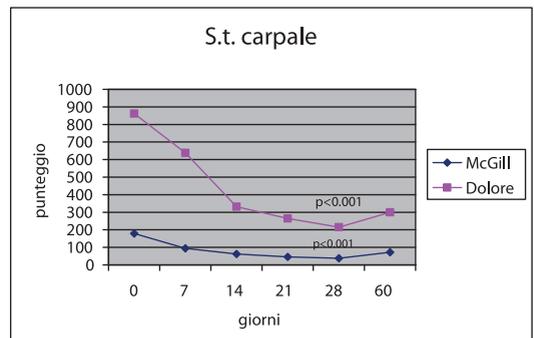
- Messa a punto della tecnica
- Individuazione di patologie reumatiche quali S.T.C. e gonartrosi.

Abbiamo ottenuto risultati positivi in genere, statisticamente significativi laddove abbiamo raggiunto la numerosità del campione di popolazione. L'alta significatività statistica ottenuta ($P < 0.001$, $r \sim 1$) sta ad indicare che la positività della risposta al trattamento è stretta conseguenza dello stesso.



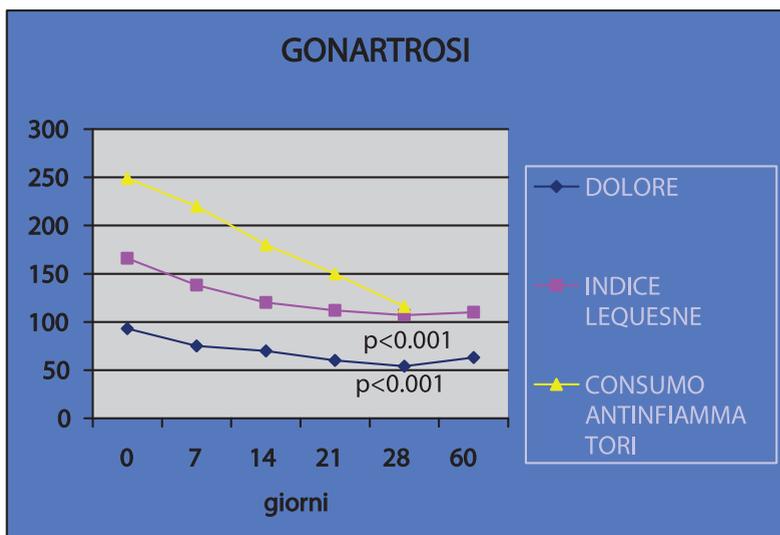
Sindrome del tunnel carpale

L'agopuntura è rapidamente efficace sul dolore neuropatico periferico con remissione del sintomo. L'effetto sembra persistente almeno sulle forme di entità medio-lieve.



Gonartrosi

L'agopuntura è efficace sul dolore articolare almeno fino al 3° stadio di gravità radiologica di malattia. C'è una riduzione del dolore di circa il 40% dopo la seduta di agopuntura e un miglioramento delle funzioni articolari. Questo aspetto amplia le possibilità terapeutiche per il malato soprattutto ai fini riabilitativi. E' numericamente significativa anche la riduzione dell'assunzione di antinfiammatori durante il mese di trattamento agopunturale rispetto a quello precedente. Abbiamo osservato la persistenza del miglioramento clinico 30 giorni dopo la sospensione del trattamento.



Conclusioni

Sono evidenti i benefici dell'agopuntura auricolare nelle malattie reumatiche, almeno in alcune patologie con riduzione del dolore, miglioramento della motilità articolare, riduzione dell'assunzione di antinfiammatori.

Tale terapia va vista come terapia complementare a quella convenzionale soprattutto per quei malati, e sono molti, che per comorbidità non possono fare uso o solo uso limitato di farmaci antinfiammatori.

Pubblichiamo tale articolo con preghiera di fornirci appena possibile i dati sullo studio menzionato.

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA E PREVENZIONE TISIOPNEUMOLOGICA; IL SERVIZIO RACCONTA LA SUA TRASFORMAZIONE

A CURA DELLA DOTT.SSA ANNA RITA GABRIELLI

La trasformazione che il Servizio di Riabilitazione Respiratoria e Prevenzione Tisiopneumologica di Perugia ha subito nel corso degli anni è fortemente legata alla trasformazione che la Pneumologia stessa sta attraversando nel corso degli ultimi decenni. La modifica degli stili di vita ed il prolungamento della sopravvivenza media, insieme agli effetti conseguenti al fenomeno della globalizzazione, hanno condizionato e continuano ad influenzare profondamente l'essenza di questa trasformazione. Secondo quanto afferma il rapporto della Commissione dell'OMS sui Determinanti Sociali della Salute, l'emergere ed il consolidarsi del "mercato globale" ha effetti negativi sulla salute degli individui e delle popolazioni attraverso meccanismi che portano all'aumento delle disuguaglianze tra i paesi e, soprattutto, all'interno dei paesi.

L'arrivo delle pandemie ci ha poi dimostrato, in maniera inequivocabile, come nessuno, nemmeno il blindato mondo occidentale, sia al riparo dalle conseguenze di quelle catastrofi biologiche che possono "scozzare" dal pericolosissimo connubio fra arretratezza culturale e tecnologia globalizzante, che "casualmente" si può verificare in un lontanissimo mercato popolare di una metropoli urbana.

Il Servizio di Riabilitazione Respiratoria e Prevenzione Tisiopneumologica, che fa capo all'Azienda ASL di Perugia dal 2003, nasce nel 1987 come Servizio Ambulatoriale annesso all'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Ospedale di Perugia. L'Unità di Tisiopneumologia raccoglieva in quegli anni la preziosa eredità di un presidio territoriale, il Dispensario Antitubercolare di Perugia, istituzione che tanto aveva prodotto nel trattamento extraospedaliero della malattia tubercolare e ben presto la sua attività si delineava e si ampliava verso l'applicazione della Riabilitazione Respiratoria ai pazienti pneumologici. Parallelamente nasceva in quegli anni un primo interesse clinico per i Disturbi Respiratori correlati con il Sonno, attraverso l'esecuzione dei primi tracciati ossimetrici notturni e, al contempo, l'attività di prevenzione al Tabagismo.

Qualche anno dopo, in concomitanza con il trasferimento dell'Istituto di Medicina del Lavoro all'Ospedale Silvestrini, questo ramo della pneumologia riabilitativa e tisiologica affermava la sua autonoma e naturale appartenenza



al territorio, mantenendo vivo l'interesse clinico per la prevenzione e il trattamento della malattia tubercolare e connotandosi progressivamente anche come attività interdistrettuale. Nel contempo la Riabilitazione Respiratoria ridefiniva e affermava a Perugia, come in pochi altri centri del nostro paese, il suo campo ottimale di intervento sulla cronicità polmonare, ovvero il setting extraospedaliero, ambulatoriale.

Nasce così il Servizio di Riabilitazione Respiratoria e Prevenzione Tisiopneumologica (SRRPT) dell'allora ASLUMBRIA2.

Nel 2009 il Servizio si trasferisce al Centro Servizi Grocco, che rappresenta oggi la sua attuale sede operativa.

Negli anni cresce lo spazio che l'attività ambulatoriale pneumologica dedica al percorso riabilitativo delle patologie respiratorie croniche dell'adulto; una crescita questa parallela all'affermazione dell'interesse e al riconoscimento scientifico del valore terapeutico della Riabilitazione Respiratoria.

Ciò che si propone oggi al paziente pneumologico da riabilitare è, senza limiti di età ed in integrazione agli interventi clinico-farmacologici: riduzione della difficoltà respiratoria, acquisizione di una maggiore tolleranza all'esercizio fisico, riduzione degli eventi di riacutizzazione e, nella maggior parte dei casi, miglioramento della qualità della vita.

Negli ultimi 10 anni il Servizio si è arricchito progressivamente di strumentazione diagnostica al passo con la tecnologia ed è stato implementato il personale con infermieri, fisioterapisti e medici di diversa formazione, via via più estesa ai molteplici campi di interesse pneumologico.

L'attività ambulatoriale pneumologica si occupa oggi estesamente della diagnosi e del trattamento di patologie respiratorie come la Broncopatia Cronica Ostruttiva, le Bronchiectasie, l'Asma Bronchiale, la Fibrosi Polmonare Idiopatica, l'Insufficienza Respiratoria Acuta e Cronica dell'adulto e più in generale della Tisiologia; quest'ultima, in risposta all'afflusso crescente di popolazioni migratorie nel nostro paese, si è dedicata con impulso crescente ad attività di prevenzione dell'Infezione Tuberculare Latente e di trattamento della TBC polmonare ed extrapolmonare, dopo la dimissione dall'ospedale.

Dal giugno 2017, ha preso avvio un progetto di assistenza e riabilitazione domiciliare rivolto alle persone con Grave Disabilità Degenerativa, fra le quali soprattutto pazienti affetti da SLA; l'aumento dell'aspettativa di vita in questa tipologia di pazienti, legato al miglioramento delle tecnologie di supporto (ventilatorio, vocale e riabilitativo), ha fatto emergere con forza il problema di garantire loro una qualità di vita accettabile, con la precisa finalità di ridurre al minimo il rischio delle riacutizzazioni e degli accessi in ospedale.

Negli anni, il Centro si è caratterizzato formalmente per lo Studio dei Disturbi Respiratori nel Sonno avvalendosi di personale medico clinicamente formato per questa specifica "expertise" ed in grado di gestire anche il controllo in remoto dei pazienti in trattamento ventilatorio domiciliare per la Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno.

Nell'ultimo quinquennio poi, affiancandosi alla Pneumologia tradizionale, si è sviluppata l'attività Allergologica Generale e Respiratoria; ad oggi afferiscono al

Servizio pazienti affetti sia dalle comuni allergopatie respiratorie che da allergie ad alimenti, orticaria e ipersensibilità al veleno degli insetti.

In questo ambito, l'avvento dei farmaci biologici, con il conseguente arricchimento dell' "armamentario terapeutico", ci ha reso possibile trattare ambulatorialmente, con beneficio rilevante, anche i casi di ASMA Grave, non controllato dalla terapia tradizionale.

Un quadro ampio ed in espansione delle attività che, ad un certo punto del suo percorso, incontra del tutto inaspettatamente l'evento pandemico e deve necessariamente prendere atto della possibilità che ad una Polmonite Virale, come quella da Sars CoV2, possa esitare disabilità non solo motoria ma anche e soprattutto respiratoria, a volte di tipo permanente.

Presso la Riabilitazione Respiratoria di Perugia, dallo scorso giugno 2020, è attivo un programma di valutazione clinica e funzionale degli esiti di infezione da Sars CoV2, con finalità riabilitativa, fondata essenzialmente sul ricondizionamento all'esercizio fisico (nei pazienti con accertata disabilità motoria) e sulla riabilitazione respiratoria vera propria, mediante adozione di tecniche di riespansione e di incentivazione dei volumi polmonari. La selezione sui pazienti potenzialmente suscettibili dell'intervento riabilitativo, viene effettuata in collaborazione con i Medici di Famiglia.

Ebbene, dopo un anno così difficile che stiamo tutti cercando di lasciarci alle spalle, in un momento di speranza condivisa ed insieme di certezza che la fine della pandemia non sia proprio dietro l'angolo, ci sono alcune considerazioni che meritano attenzione.

Il virus ha ridefinito abitudini di vita, socialità, organizzazione lavorativa e didattica, facendo emergere importanti fragilità dei sistemi organizzativi.

Primo fra tutti quello della Sanità.

Le parole del Presidente Nazionale dell'Ordine dei Medici, Dr Filippo Anelli, nella sua lettera-manifesto rivolta al Ministro della Salute, Roberto Speranza, ci giungono potenti a questo proposito, sollevando il problema non più procrastinabile nel nostro paese, della "Questione Medica". Il manifesto propone una vera e propria rivoluzione copernicana, ricollocando al Centro del Sistema Sanitario, non più i pareggi di bilancio perseguiti dai tecnici del sistema, ma gli "obiettivi di salute" ed il ruolo del medico e degli altri professionisti sanitari, non semplici prestatori d'opera, ma cervello e cuore del Sistema di Cure.

TRACCE STORICHE DEGLI OSPEDALI

A CURA DEL DOTT. MARCELLO PACI



Nella storia della medicina ci sono tracce sin dai tempi più antichi di locali dove venivano ospitati i viandanti e dove venivano curati in caso di bisogno. Ospitati dunque, perché per lungo tempo gli ospedali (ospitali) furono luoghi di accoglienza, di riparo per la notte, e dalle intemperie, di riposo per la stanchezza del viaggio.

Soprattutto nel Medioevo a favore dei pellegrini che vagavano per le strade d'Europa da un monastero all'altro, da un luogo di devozione ad un altro. L'ospitale in caso di necessità divenne luogo di cura, è così che nascono gli ospedali nel senso moderno del termine. Dunque si comprende perché nell'antichità fossero in prossimità di luoghi sacri, ed ancora oggi nei nostri nosocomi c'è un angolo per il sacro che la laicità non è riuscita a sopprimere, ma solo a minimizzare. Dopodiché gli ospedali si andarono distinguendo nelle varie tipologie:

- Militari: per ospitare militari feriti o malati in guerra.
- Di carità: per trattare gli indigenti
- Sociali: ospedali pubblici per la collettività nell'ambito della sicurezza sociale.
- D'insegnamento: gli ospedali delle cliniche universitarie
- Privati: a pagamento, ospedali privati

Ma tornando alla storia, esistono molti documenti e testimonianze della loro presenza anche prima del Medioevo, come dimostrano pitture rupestri rinvenute nella Samaria del 3000 a.c., o negli scavi archeologici di una zona del Danubio, dove sono stati rinvenuti resti importanti di un ospedale militare romano del I secolo sotto l'imperatore Cesare Augusto.

Così in Grecia furono costruiti templi per accogliere infermi, come quello dedicato ad Esculapio il dio della Medicina. Nel tempio erano ricoverati persone bisognose di cure mediche e al contempo spirituali.

Come pure il tempio di Cos, la città dove nacque Ippocrate nell'anno 460 a.c. e dove fondò la celebre scuola. Il tempio era ad un tempo il centro della vita religiosa e il luogo della cura dei malati.

Accadeva che gente delle altre città greche accorresse a Cos per farsi curare, per questo avevano approntato tende intorno al tempio per dare ospitalità alle persone e curare i loro mali.

Sacerdoti erano i responsabili del tempio, dei ricoveri annessi, delle tende e delle persone dentro e fuori dei vari edifici, come delle cure prestate con l'aiuto di "personale sanitario". Nell'antica Grecia i medici non operavano distinzioni tra classi sociali, tra ricchi e poveri, e praticavano con rispetto uguale per tutti. In una parola: "philiatruckè" che in epoca cristiana prese il nome di filantropia medica.

L'onorario che gli abbienti corrispondevano ai medici veniva utilizzato per la costruzione di nuovi ricoveri che ampliavano i preesistenti.

I Romani seguirono l'esempio e realizzarono il primo tempio che potremmo definire filantropico, il tempio dedicato ad Esculapio. Secondo alcune fonti nell'anno 461 a.c., secondo altri storici nel 290 a.c. nell'isola tiberina. Lì era approdata una nave di ritorno da Epidauro dove sorgeva il tempio di Asclepio, la nave era stata inviata per ordine del Senato per avere lumi sulla grave epidemia scoppiata a Roma. Un grosso serpente sacro al dio si era infilato nella nave e da questa era sceso nell'isola tiberina scomparendo alla vista. In quel luogo fu costruito il tempio dove poi venivano tenuti e curati i malati gratuitamente.

Esistono testimonianze che ospedali di questo tipo fossero a Ceylon nel 400 a.c. e in India nel 276 a.c. per accogliere i malati e prestare cure consistenti in bagni, buona alimentazione, massaggi.

Così pure si pensa dovesse essere anche in Cina, e la medicina cinese ebbe grande diffusione in tutto l'estremo Oriente, particolarmente in Giappone dove sotto l'imperatrice Komyo fu costruito il primo ospedale nel 758.

Nei paesi arabi sotto l'influenza mussulmana si costruirono ospedali vicino o nell'ambito delle moschee.

Il primo ospedale fu costruito a Damasco nel 707. A Bagdad nel 1160 a dimostrazione della forza economica, e del progresso raggiunti ne furono costruiti 60. Al Cairo, dove ne esistevano dall'anno 874, nel 1283 fu costruito un grande complesso ospedaliero con infermerie distinte per uomini e donne, e reparti sotto la direzione, oggi diremmo di un primario, con una numerosa équipe di assistenti medici e infermieri.

Durante il Medioevo gli ospedali risentirono ancor di più dell'influenza religiosa: in Oriente l'Islam, in Europa il cristianesimo. Ci si preoccupava che il malato non fosse trattato con farmaci insicuri o decisamente illegali, perché l'uomo era stato creato ad immagine di Dio e così si dovevano offrire le migliori cure per guarire il corpo e l'anima. Per questo molti ordini religiosi costruirono ospedali seguendo i principi della filantropia e della umanità. Le crociate iniziate nel 1086 dettero grande impulso alla costruzione di nuovi ospedali. Sui fronti di battaglia contro i mussulmani operavano anche i monaci degli ordini religiosi intenti a curare le ferite, e le malattie, in particolare la peste molto frequente in quel tempo. Nei soldati si verificavano inoltre recrudescenze della lebbra, con un numero importante di soldati colpiti. La quantità di feriti e malati costrinse le autorità militari a costruire un complesso in terra santa di 2000 posti letto. Bisogna per altro ricordare che queste istituzioni ospedaliere con il fine di dare rifugio ai malati, ai pellegrini e ai poveri, avevano avuto inizio con un decreto dell'imperatore Costantino in occasione del concilio di Nicea nel 325.

In Europa in varie città, tra le prime Costantinopoli e Lione furono costruiti molti ospedali, di questi il più grande ed importante fu l'Hospital Dieu di Parigi nel 641 vicino a Notre Dame. Fu ricostruito dopo alcuni secoli in prossimità della Senna nel 1165 e rimase lì sino al 1620, per essere di nuovo ricostruito nel 1868.

Fu famoso per i progressi della Medicina e della Chirurgia lì conseguiti, e per i medici illustri che lì operarono. L'organizzazione della struttura si declinava in unità operative, diremmo oggi, ognuna guidata da un responsabile, e ognuna dedita ad un particolare settore della Medicina.

Le unità erano autosufficienti anche da un punto di vista alimentare, con propri panifici, orti, aziende agricole. L'assistenza ai pazienti era gratuita, i medici non erano pagati. Quel modello di ospedale con la sua vocazione filantropica si diffuse in tutta Europa nei circa 20000 nosocomi costruiti.

Un esempio in Italia, il primo o tra i primi, è il Santo Spirito a Roma, non a caso vicino alla basilica di S. Pietro perché ospitale per i pellegrini che venivano a pregare sulla tomba dell'apostolo, e per la comunità sassone che in quella parte di Roma si era stabilita, da qui il nome di S. Spirito in Sassia.

Dopo il X secolo prima lentamente poi più velocemente si verificarono condizioni favorevoli allo sviluppo della Medicina: furono la creazione delle università; l'abolizione da parte della Chiesa dell'editto del 1163, esiziale per la chirurgia, che proibiva tutte le manovre che comportavano lo spargimento di sangue; il permesso alla dissezione dei cadaveri per lo studio dell'anatomia e la ricerca delle cause di morte.

Con il Rinascimento gli ospedali da presidi sotto l'esclusivo controllo religioso cominciarono a passare all'autorità civile come servizio pubblico per il benessere della comunità.

In Spagna sorge una nuova architettura per gli ospedali, che poi si diffonderà in Europa: il modello prevedeva uno spazio riservato al culto religioso

E' da notare che il rapporto tra assistenza medica e conforto religioso pur nella progressiva laicizzazione fu conservato. In questo rispetto per la dimensione religiosa gioca un ruolo importante l'eredità storico-culturale che abbiamo sopra ricordato. Questa minimale sopravvivenza del sacro nei moderni templi della scienza può apparire un anacronismo, un fastidioso retaggio del passato che si tollera per pigrizia, per non urtare la sensibilità dei credenti residuali, per cooptare minoranze e disarmarle da possibili contestazioni.

Forse e sarebbe virtuoso, potrebbe significare l'umiltà della ragione che non pretende di esaurire in se stessa la possibilità della conoscenza. Più realistico lo scopo di non privare il malato del conforto che gli può venire da territori che la scienza non ama percorrere.



PERSONALE ASO: NOVITÀ SOTTO IL SOLE ESTIVO

A CURA DEL DOTT. LORENZO OLIVIERI

La bella stagione oltre ad averci regalato una ventata di positività e piacevole ritorno ad una vita piuttosto "normale", ha anche portato due belle notizie che non mancheranno di alleggerire le nostre giornate.



Trovato l'accordo in seno alla Conferenza stato Regioni sulla proroga alle assunzioni ASO

Risale a giovedì 17 giugno us il **via libera da parte della Conferenza Stato Regioni alla proroga di ulteriori 12 mesi per le assunzioni senza titoli di personale impiegato alla poltrona.**

La Conferenza Stato Regioni ha sancito il **RINVIO** "...Proroga di ulteriori dodici mesi delle disposizioni transitorie di cui all'articolo 13, comma 1, dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, concernente l'individuazione del profilo professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge 26.02.2006, n. 43, e per la disciplina della formazione (Rep. Atti n. 209/CSR del 23 novembre 2017), recepito con il Decreto del presidente del consiglio dei Ministri 9 febbraio 2018 (GU n.80 del 6 aprile 2018) ...".

Le norme transitorie contenute nell' art.13, comma 1 del DPCM 9 febbraio 2018 vedono quindi uno slittamento come data ultima al **20 aprile 2022.**

Fino a tale data si potranno quindi assumere ed inquadrare come ASO figure che non hanno alcuna qualifica (fatta eccezione per i requisiti minimi per l'inquadramento, ossia "il possesso della certificazione di assolvimento dell'obbligo di istruzione") o che possano dimostrare di aver lavorato almeno 36 mesi (anche non continuativi) nei 5 anni precedenti, quindi dal febbraio 2018, come Assistente alla poltrona.

Questa proroga va anche interpretata con un'ulteriore chiave di lettura per noi positiva: **permetterebbe al Ministero della Salute di approvare quel nuovo**

DPCM che è stato voluto e concordato dalla CAO Nazionale, le Associazioni e Sindacati di Categoria, ma che è fermo ormai da mesi e non è ancora sicuro che venga approvato dal Ministero e dal Governo. **Ovviamente si spera fortemente e CAO nazionale con tutti i soggetti coinvolti stanno lavorando per arrivare al risultato!**

Questo **nuovo DPCM vedrebbe inoltre una estensione da 5 a 10 anni (al febbraio 2018)** per il lasso di tempo nel quale il dipendente deve dimostrare di essere stato assunto per almeno 36 mesi (non continuativi) con inquadramento contrattuale di Assistente alla poltrona ed acquisire così di diritto la qualifica di ASO.

Qualora l'assunzione è stata con **un inquadramento differente, ma si sono svolte mansioni similari a quelle dell'ASO, si vedrà riconosciuta la qualifica presentando** "...contratto di lavoro individuale registrato, percorso del lavoratore (C2 storico) rilasciato dal Centro per l'impiego del Comune di residenza dell'utente, estratto conto contributivo INPS, buste paga/cedolini, posizione assicurativa INAIL, modello UNILAV. Qualora dai documenti sopra elencati non emergesse in maniera inequivocabile lo svolgimento delle attività riconducibili a quelle dell'Assistente di Studio Odontoiatrico, è necessario presentare anche l'attestato di formazione in ambito odontoiatrico per adempimenti obblighi D.L.gs n. 81/08".

Personale che in questo lasso di tempo ha svolto prestazioni in linea con la figura dell'ASO, ma non è in grado di comprovare tutti i requisiti richiesti dalla norma, potrà accedere ad una esenzione parziale dal credito formativo: dovrà



partecipare a corsi qualificanti della durata non inferiore a 250 ore di teoria e pratica ed esame finale. Condicio sine qua non per accedere a questo “credito” è il possesso di un contratto di lavoro individuale come Assistente alla poltrona.

L' Assistente di Studio Odontoiatrico non è un lavoratore a rischio radiologico

Questa è invece una notizia rimbalzata nell'ambiente dopo una sentenza del Tribunale di Ascoli Piceno che ha dato ragione ad una Collega sanzionata dall'Ispettorato del Lavoro.

La sanzione era stata comminata per **non aver fatto seguire alla propria ASO la formazione prevista in materia di radioprotezione**: non sto a precisare i vari passaggi della vicenda legale, basti sapere che la Collega è chiamata a rispondere davanti al Giudice.

Ebbene **il Giudice ha stabilito che ad aver ragione è la Collega** dato che, secondo la normativa in materia di radio protezione (D. Lgs 230/1995 e 101/2020) **la formazione deve essere obbligatoria solo per “...la persona a cui è attribuita l'esclusiva competenza all'uso diagnostico dell'apparecchiatura...”** e che **i dipendenti di studio (e quindi l'ASO), dato che “... non partecipano all'attività radiologica nella sala dove è installato l'apparecchio rx...”, non possono essere a lui ricondotti.**

La cosa ha avuto una eco molto forte e da più parti sono emersi commenti favorevoli dato che sulla normativa di radioprotezione e gli Aso si potevano accentrare delle “attenzioni particolari” in materia di formazione (corsi, stage, esami, attestati e così via).

La differenza è riconducibile all'inquadramento dell'ASO nell'ambito radiologico e di radioprotezione: la sentenza chiarisce che l'ASO “... deve essere informato sui rischi legati alla radioprotezione sul lavoro perché vi si possa sottrarre, **ma non è soggetto che deve sottoporsi alla formazione prevista dal decreto sulla Radioprotezione (ora D. Lgs 101/2020)** in quanto le sue mansioni non comprendono l'utilizzo di apparecchi radiografici...”.

Il personale di studio deve quindi essere formato ed informato sui rischi secondo quanto stabilito dalla legge 81/08.

Secondo questa sentenza “... la formazione per il rischio da radiazioni ionizzanti, a cui alcuni Esperti di radioprotezione consigliano di assoggettare l'ASO, non è giustificata”.

“GRATI PER LA GRATITUDINE” IL MEMORIAL BARBETTI 2020 ALL’ ORDINE DEI MEDICI DI PERUGIA

A CURA DEL DOTT. MARCO CAPORALI
CONSIGLIERE DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
DI PERUGIA

Il 20 Agosto 2020 a Gubbio, presso il Palazzo Comunale, ricevevo, in rappresentanza dell’Ordine dei Medici di Perugia, su mandato del Presidente Dott. Graziano Conti, il Memorial Barbetti conferito dalla famiglia Barbetti e dagli Organizzatori del 55° Trofeo Luigi Fagioli alla Sanità Umbra per l’impegno contro il Covid. E’ stata una cerimonia molto partecipata, presenziata dalla vice-Sindaco Alessia Tasso, durante la quale mi è stata consegnata da Giovanni Barbetti, figlio di Angelo e nipote di Pietro, e da Luca Uccellani, Presidente della CECA (Comitato eugubino corse automobilistiche) una splendida targa in ceramica, opera dell’artista eugubino Leonardo Fumanti, raffigurante il grande Luigi Fagioli al volante. Quello che ci ha reso orgogliosi e grati è stato lo spirito di collaborazione e l’empatia che gli organizzatori hanno mostrato durante la cerimonia di consegna del Memorial dedicato ad Angelo e Pietro Barbetti, che solitamente viene assegnato ogni anno a campioni e personalità di spicco dell’automobilismo o che hanno rappresentato molto per il mondo sportivo eugubino. Personalmente mi sono emozionato quando ho ascoltato lo speaker enunciare la motivazione del conferimento di questo importante premio al nostro Ordine dei Medici:

“Quest’anno CECA e Famiglia Barbetti hanno ritenuto ideale ed opportuno valicare i confini sportivi, perché se è vero che lo sport è ripartito, non bisogna mai dimenticare ciò che si è vissuto in primavera, e che tuttora si vive in Italia e nel mondo a causa del Covid. Un riconoscimento per tutti gli operatori della Sanità Italiana impegnati in primissima linea contro il virus, un emergenza sanitaria che ha flagellato il 2020, con un pensiero particolare ai medici ed agli infermieri che hanno dato la vita per il loro dovere.”

Al termine dell’enunciazione mi è stata concessa la parola e, pur se emozionato, ho ringraziato la Famiglia Barbetti ed il Comitato CECA per il riconoscimento conferitoci, ringraziandoli per il loro gentile pensiero nei nostri confronti, mi



dichiaravo orgoglioso di rappresentare tutti i medici, nessuno escluso, della nostra provincia, specialmente in un periodo (Agosto 2020) nel quale pochi si ricordavano di noi e le Istituzioni apparivano assenti.

Invitavo i presenti alla massima attenzione perché il “mostro” ,contro il quale ci eravamo trovati a combattere quasi a “ mani nude”, non era assolutamente morto ed avrebbe potuto attaccarci ancora.

Quasi un anno dopo, purtroppo, le mie previsioni e le mie raccomandazioni sono state poi confermate, ed abbiamo dovuto affrontare una seconda ondata terribile del Covid che ha lasciato sul campo molte vittime.

Al momento della premiazione noi non avevamo ancora avuto alcuna perdita nelle nostre fila, ma oggi purtroppo non è più così, e vorrei ricordare i Colleghi appartenenti al nostro Ordine Provinciale che ci hanno lasciati, perché caduti a causa del Covid, nello svolgimento del loro lavoro.

Perciò un nostro pensiero affettuoso vada a: Stefano Brando, Natale Mariani, Anselmo Zingarini e Fausto Fiorini detto Pelosi, oltre ad un caloroso abbraccio alle loro famiglie.

La gente è sbigottita e si vedono molti comportamenti anomali, ma vediamo anche che ora sempre un numero maggiore di persone ci cerca e ci dedica pensieri importanti, carichi addirittura di affetto per lo sforzo che stiamo compiendo nel trattare i malati e nel vaccinare la popolazione.

Quindi il nostro impegno ora è chiaro alla maggior parte della popolazione, molti stanno apprezzando il nostro operato , pur con le immancabili eccezioni.

A 11 mesi dal conferimento del Memorial Barbetti in occasione del Trofeo Fagioli noi comunque possiamo concludere che siamo ancora in piena attività, ben protesi a non mollare di un centimetro contro il temibile avversario e siamo “grati per la gratitudine” mostrataci dalla famiglia Barbetti e dalla popolazione di Gubbio in toto, umbri che conosco molto bene avendo anche allenato lì 10 anni fa circa , una popolazione molto schietta, qualche volta un po’ sopra le righe, ma sicuramente gente “vera” che sa riconoscere i meriti e le proprietà umane degli altri .

DONAZIONE AL REPARTO COVID DELL'OSPEDALE DI FOLIGNO IN MEMORIA DEL DOTT. ENRICO ORSINI FEDERICI

A CURA DELLA DOTT.SSA CRISTINA CENCI
VICE SEGRETARIO REGIONALE VICARIO CIMO UMBRIA

Sabato 8 maggio 2021, presso la sala riunioni dell'Ospedale San Giovanni Battista di Foligno, alla presenza delle dott.sse Cristina Cenci, Arianna De Cicco, Giuliana Barbabietola e dell'infermiera Melissa Verdinelli, ha avuto luogo la donazione di n. 3 PC Laptop a nome del dott. Enrico Orsini

Federici, morto per Covid il 28 ottobre 2020. L'iniziativa, promossa dalle figlie Cristina e Francesca, a seguito di offerte raccolte in memoria del loro papà, si configura non solo come un piccolo aiuto materiale in una situazione straordinaria ed emergenziale ma, come affermato dalle stesse durante la cerimonia, "vuole soprattutto rappresentare un ringraziamento verso il personale medico sanitario del reparto Covid di Foligno che, con professionalità e umanità, ha accompagnato i malati gravi nelle ore più difficili della malattia con particolare riferimento alla situazione del proprio papà medico". La dott.ssa Cenci, dopo aver portato i ringraziamenti del dott. Lucio Patoia, Direttore della struttura complessa di Medicina Interna, della dott.ssa Rita Valecchi, Responsabile della Direzione Medica del P.O. di Foligno e del dott. Massimo De Fino, Direttore Generale USL Umbria 2 e di tutti i colleghi coinvolti, ha colto l'occasione per ricordare il ruolo fondamentale dei medici di famiglia e, parallelamente, ha ricordato la figura del dott. Orsini Federici che, ironia della sorte, era stato il suo medico di famiglia. Una testimonianza che ha voluto rafforzare attraverso la lettura ed il commento di un breve passo tratto dal libro: "Giuro di non dimenticare, - ventotto storie di medici ai tempi del Covid-, a cura di Cimo LAB ed altri, Editore Elemento 115". "Il libro", ha affermato la dott.ssa Cenci, "costituisce non solo un tributo ai tanti colleghi che hanno perduto la vita nell'esercizio della professione medica, ma rappresenta anche una forte riscoperta del rapporto empatico tra medico e paziente, di quei medici che, appunto, hanno giurato di non dimenticare ciò che è accaduto e di tramandarlo alle future generazioni di medici italiani a cui viene dedicata un'opera senza alcuna pretesa letteraria ma densa di valori e sentimenti autentici perché nati da un dolore autentico". Il dott. Enrico Orsini Federici (medico e specialista in malattie dell'apparato respiratorio), ha svolto con passione e dedizione la sua professione di medico di famiglia per tutta la sua vita, cercando di coniugare proprio quei valori di autenticità ed empatia a cui si fa riferimento nel libro; una professione svolta nel rispetto del giuramento di Ippocrate e mettendo al servizio delle tante persone che lo hanno stimato ed apprezzato le sue spiccate doti umane e le sue profonde conoscenze mediche.



IL DENTISTA RIFIUTA LA PRESTAZIONE: CONDANNA DEL GARANTE DELLA PRIVACY

A CURA DEL DOTT. ANDREA DONATI

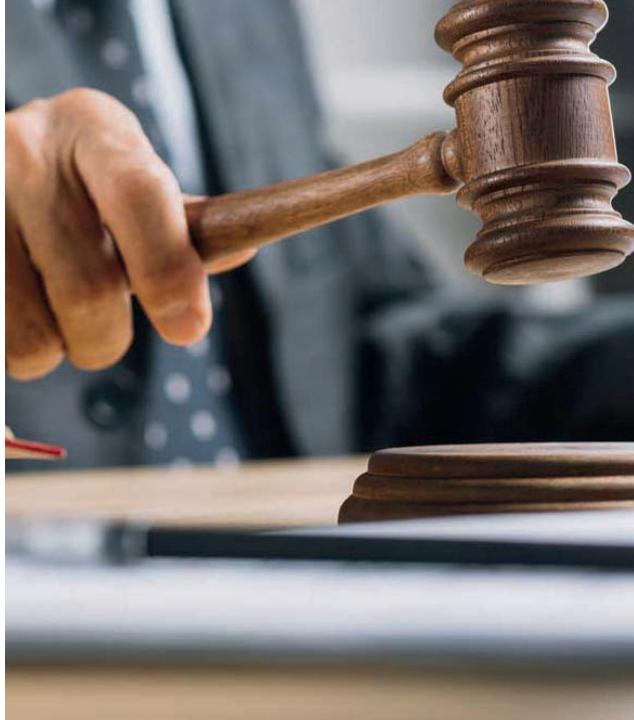
Una decina di anni fa (eravamo nel 2012) suscitò scalpore la notizia di un dentista che rifiutò una prestazione ad un paziente (una detartrasi acquistata su Groupon!!!) con la motivazione che, essendo lo stesso sieropositivo, il sanitario aveva paura di non essere in grado di garantire la sicurezza propria e dei successivi pazienti.

Su di ciò si pronunciò pure l'ineffabile ministra Grillo, che, si lanciò in proclami vacui e populistici, anziché chiedersi perché costui, come tante altre milioni di persone, fosse di fatto costretto a rivolgersi a strutture private, quando lo Stato dovrebbe tutelare la Salute dei suoi cittadini, soprattutto di questi cittadini, e con ciò intendendo la Salute tutta, non quella che finisce appena sotto il naso e ricomincia dal mento in giù, come è consuetudine nel nostro paese; certo, mi sarebbe davvero piaciuto sapere dalla ministra, che so, se con animo così sereno ed altruistico si sarebbe seduta (o meglio avrebbe fatto sedere i propri figli) su quella poltrona subito dopo una prestazione, sicuramente cruenta, effettuata ad una persona con siffatta patologia (lo so, chiedo scusa per la botta di demagogia), ma certo, una paladina dei diritti oltraggiati non avrebbe avuto esitazioni a dare la giusta risposta.

Sicuramente comunque, non violando, per quanto possa sapere, alcuna norma, il fatto sarebbe a pieno titolo dovuto rientrare nella sfera dell'etica e della deontologia; tuttavia, vado a memoria, non ricordo pronunciamenti ordinistici in tal direzione; ma, si sa, ov'anche ci fossero stati, saranno stati sicuramente insoddisfacenti, poiché è arcinoto che le Commissioni di Disciplina sono formate da medici ed è opinione ormai radicata che degli Ordini non c'è da fidarsi perché "cane non morde cane".

Aldilà del ovvio sarcasmo, il dibattito sarebbe davvero interessante, poiché tocca temi etici, sui quali un confronto di opinioni e visioni è sempre utile e costruttivo.

La mia banalissima e personalissima posizione è che siamo in regime di libera professione e, salvo tutti i casi che potremmo riassumere con la formula di "urgenza e necessità", vincoli stretti non dovrebbero esistere: come il paziente si sceglie il curante, così il curante si sceglie il paziente, in un rapporto di contrattualità semplice come definita dal codice civile. Pertanto diventa una libera scelta del primo, come libera scelta è, per il secondo, l'accettarlo o il rifiutarlo; i motivi potrebbero essere mille, da quelli banalmente economici (il paziente non può pagarmi) a quelli morali (magari



il paziente è un delinquente, e non mi sento di curarlo) a quelli medici (il paziente presenta magari condizioni o patologie che mi impediscono di curarlo al meglio o che non so o posso curare) e potrei continuare a lungo, anche con motivazioni che i più potrebbero definire bieche, ma che, inerenti la sfera personale, non dovrebbero essere sindacabili.

Nello specifico poi il collega si è trovato a dover decidere in una manciata di secondi, senza poter considerare troppo i risvolti di questa scelta, rifiutando, lo sottolineo e ribadisco, una prestazione tutt'altro che urgente e salvavita (una detartrasi!!!!), tra l'altro acquistato in un canale di offerte speciali (moda ormai abbastanza passata, fortunatamente, ma argomento che meriterebbe esso stesso un approfondimento), trovandosi, ahì lui, di fronte una persona che, anziché cercarsi un altro dentista, ha deciso di sollevare un polverone.

Naturalmente sono lecite cento altre posizioni ed il dibattito potrebbe davvero essere aperto e interessante.

Orbene, quando ormai il fatto è, e di tanto, alle spalle, appena nove(!!!!) anni dopo, chi si occupa della cosa?

Il garante della Privacy, il quale non avendo niente da fare (del resto cosa sono centinaia e centinaia di violazioni quotidiane della riservatezza e fughe di dati personali e sensibili (ebbene sì, un po' di sano "benaltrismo" non guasta mai)) si inventa un procedimento, e condanna (!!! prometto, questi sono gli ultimi punti esclamativi) il nostro malcapitato collega ad una multa di 20.000 Euro! (Me ne avanzava giusto uno) (<http://www.odontoiatria33.it/normative/21061/dentista-chiede-al-paziente-se-e-sieropositivo-e-non-lo-cura-multato-dal-garante-della-privacy.html?id=21061>).

La motivazione pare davvero un abile artificio di retorica; se ho ben compreso l'informazione sulla sieropositività non è stata utilizzata per definire il giusto iter terapeutico, ma adoperata al fine di rifiutare la richiesta terapia. E poiché la cura non è iniziata, ciò costituisce, secondo l'Esimio, una violazione in quanto "...la circostanza che la prestazione medica non sia stata, nei fatti, attuata per volontà del medico, fa venir meno il presupposto giuridico fondante il trattamento dei dati relativi alla salute...".

Il che ha del ridicolo. Chiunque di noi ben sa che la raccolta anamnestica non può che precedere la fase di cura, e che quest'ultima potrebbe anche non attuarsi mai, e quindi, nell'ipotesi, sarebbe una sistematica violazione, tra l'altro di che cosa non si capisce bene, visto che i dati sono stati forniti volontariamente, che nessun altro, al di fuori di chi ne aveva diritto, ne è venuto a conoscenza e che il paziente poteva tranquillamente richiedere e la distruzione immediata (ed anzi il garante tiene a sottolineare che NON è obbligo del paziente fornirli, né fornirli corretti !!!! (Lo so, avevo promesso "basta punti esclamativi", ma non ho resistito)).

Ci sarebbe da ridere per non piangere.

D'ora in avanti i medici sappiano che, al chiedere dati sensibili ai pazienti, DEVE seguire una terapia purchessia, anche se il sanitario si ritiene inadeguato o incompetente, persino se la ritenuta inopportuna, perché ormai i dati sono stati comunicati.

Si sentiva proprio la mancanza di una bella sentenza così.

Grazie di cuore



*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.

L'ABITO non fa il MEDICO



Se è un medico quello
di cui hai bisogno, allora affidati
a un **VERO MEDICO!**



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

Un CAMICE non fa il DENTISTA



Non basta sembrare
un dentista per essere
un **DENTISTA!**



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