



Bollettino

03/2022

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

Convocazione Assemblea
Ordinaria annuale degli Iscritti
DOMENICA
18 DICEMBRE 2022

indice

3

DM77

8

MEDICINA DI GENERE

13

NUOVO ACN
MEDICINA GENERALE

23

TIK TOC:
INFORMAZIONE SANITARIA

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

Sommario

- 3 DM77. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA ASSISTENZA TERRITORIALE: SOLO BUONI PROPOSITI?
- 8 MEDICINA DI GENERE DALLA DEFINIZIONE AL TAVOLO REGIONALE
- 13 IL NUOVO ACN DELLA MEDICINA GENERALE: ALCUNE CONSIDERAZIONI
- 18 ISTITUZIONE DI UN POLO VACCINALE ANTI-COVID-19 PRESSO IL COMANDO REGIONALE UMBRIA DELLA GUARDIA DI FINANZA
- 19 CONVOCAZIONE ASSEMBLEA
- 23 TIKTOK E L'INFORMAZIONE SANITARIA
- 30 UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA DOVE TUTTO EBBE INIZIO
- 33 CODICE E LEGGI PER IL MEDICO LUNGO LA STORIA E SUE RIPERCUSSIONI ATTUALI. HAMMURABI, MOSÈ, MANU, HERMES-TOTH, XII TAVOLE, LEX AQUILIA, COMMON LAW
- 38 BRUXELLES IN LINEA CON QUANTO DA SEMPRE SOSTENUTO DA CAO NAZIONALE E PRINCIPALI SINDACATI DI CATEGORIA

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. 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 dei Conti

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

uffici@ordinemediciperugia.it

odontoiatri@ordinemediciperugia.it

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

DM77. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA ASSISTENZA TERRITORIALE: SOLO BUONI PROPOSITI?

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Il 22 giugno u.s. è stato pubblicato in gazzetta il DM 77 che sancisce la Riforma dell'Assistenza Territoriale definendo al suo interno un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. I progetti e le risorse economiche (circa 7 mld di euro), contenuti nella Missione 6, Componente 1, del PNRR rappresentano, un'opportunità importante per consentire l'avvio di questa riforma del sistema salute

Con il DM 77/2022 vengono definiti:

- le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali;
- gli standard in rapporto alla popolazione;
- i parametri di riferimento del personale;
- le modalità organizzative e funzionali;
- gli obiettivi strategici di riferimento,
- la governance del sistema.

Il modello organizzativo disegnato ruota intorno al Distretto sanitario che diventa il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle ASL. All'interno del Distretto opera la Casa della Comunità che rappresenta il fulcro della nuova rete territoriale dal momento che è il luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana in un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare costituito da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e tutti gli altri professionisti coinvolti nel processo di cura. Entro il 2026 saranno realizzate 1.350 Case della Comunità rinnovate e tecnologicamente attrezzate, organizzate in "hub" e "spoke". Le Case di Comunità "hub" (una ogni 40.000-50.000 abitanti) prevedono l'assi-



stenza medica (h 24 – 7 giorni su sette) ed infermieristica (h 12 – 7 giorni su sette), mentre quelle “spoke” dovranno garantire, insieme ad altri servizi come il Punto Unico di Accesso (PUA), il collegamento con il CUP aziendale e la presenza medica e infermieristica (12 ore al giorno – 6 giorni su sette).

Al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio degli assistiti vengono istituiti gli Ospedali di Comunità che svolgono proprio la funzione di facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio. Con i Fondi del PNRR verranno realizzati 400 Ospedali di Comunità dotati di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Alla funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali provvederanno le Centrali Operative Territoriali (COT), che si interfacciano anche con la Centrale Operativa Regionale 116117. Quest'ultima è la sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito h24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Al Distretto afferiscono anche le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), che vengono mantenute in vita dopo la sperimentazione durante la fase pandemica quale equipe mobile composta da almeno un medico e un infermiere per la gestione e il supporto alla presa in carico di soggetti o di comunità che versano in condizioni di particolare complessità. Un ruolo preminente viene assegnato alla figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità che è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti ponendo al centro la persona.

In ogni hub inoltre è prevista la figura di uno psicologo, di un'assistente sociale. Preferisco riportare queste tre diapositive per meglio sintetizzare il modello organizzativo delle Case di Comunità e quante ne dovranno essere realizzate entro il 2026, specifico inoltre che il ministero della salute ha fatto sottoscrivere un CIS (Contratto Istituzionale di Sviluppo) a 21 Soggetti Attuatori (Regioni e Province Autonome) che entro la data prevista dovranno aver realizzato tale riforma, pena la non erogazione del fondo stanziato dal PNRR.

Chiudo questa mia sintesi sul DM77 specificando come la “filosofia” su cui poggia è quella della Medicina di Popolazione che si pone come obiettivo la promozione della salute attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati e ovviamente tutto necessita di una sanità digitale al massimo livello.

Tutto a posto? Certo ci troviamo di fronte ad un notevole passo in avanti, ma permettetemi alcune osservazioni.

Casa della Comunità

Standard minimi che deve avere una Casa della Comunità hub:

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)		OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso		OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare		OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza		OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici		OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale		OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali		OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione		OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori		FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)		FACOLTATIVO
Programmi di screening		FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		RACCOMANDATO
Medicina dello sport		RACCOMANDATO



Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Case della Comunità hub

		Anno 2026	
Standard Personale per Case della Comunità (minimo)		Numero CdC	1.350
Num. Infermieri	7	Num. Infermieri	9.450
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	5	Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	6.750
Num. Assistenti sociali	1	Num. Assistenti sociali	1.350
		Anno 2026	
Standard Personale per Case della Comunità (massimo)		Numero CdC	1.350
Num. Infermieri	11	Num. Infermieri	14.850
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	8	Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	10.800
Num. Assistenti sociali	1	Num. Assistenti sociali	1.350



Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Case della Comunità hub

		Anno 2026	
Standard Personale per Case della Comunità (minimo)		Numero CdC	1.350

Num. Infermieri	7	Num. Infermieri	9.450
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	5	Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	6.750
Num. Assistenti sociali	1	Num. Assistenti sociali	1.350

		Anno 2026	
Standard Personale per Case della Comunità (massimo)		Numero CdC	1.350

Num. Infermieri	11	Num. Infermieri	14.850
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	8	Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	10.800
Num. Assistenti sociali	1	Num. Assistenti sociali	1.350



Il DM77 pianifica l'assistenza territoriale stabilendo il finanziamento, il numero delle strutture con i servizi offerti, quali e quanti professionisti da coinvolgere, fissando cioè degli standard quantitativi. Manca, però, quasi del tutto l'indicazione su come debbano funzionare e soprattutto sulla relazione fra le varie strutture dei vari "nodi" delle reti. Si fa presto a parlare di integrazione e multiprofessionalità ma manca l'indicazione e la formazione su come lavorare in modalità integrata e multiprofessionale. Non si tiene conto, come al solito, come gli operatori del territorio abbiano contratti di lavoro diversi e pertanto problematiche sindacali e retributivi diversi, soprattutto non è esplicitato come i medici ed i pediatri di famiglia si connettano all'insieme del sistema e inoltre come l'infermiere di comunità possa diventare il coordinatore reale della quotidianità della Casa di Comunità. Ottima l'indicazione sulla Medicina di Popolazione ma anche qui si corre il rischio di mappare il territorio solo in un'ottica di consumi sanitari tralasciando tutto quello che potrebbe essere salutogenesi e promozione della salute. Anche il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore viene valutato non in maniera piena e i Comuni non vengono quasi presi in considerazione. Comunque sia, se pure con diverse ombre, ripeto che siamo di fronte ad un notevole passo in avanti. Dovremo superare la grossa criticità delle risorse umane: sempre più difficile trovare medici ed infermieri disposti a lavorare nel servizio pubblico. Qui la politica dovrà fare delle scelte sul tipo di investimento che vorrà fare in tal senso, in quanto è impensabile garantire un buon livello assistenziale senza allocare risorse finanziarie aggiuntive, il PNRR pare che sia finalizzato solo per creare strutture.

Spetterà poi a noi tutti saper mediare questa nuova realtà entrando nella soggettività dei cittadini.

Chi ha sempre lavorato nel territorio sa benissimo che le regole e le linee guida dettate dalla scienza medica per essere assimilate e metabolizzate necessitano di una decantazione soggettiva.

In ospedale la maggior parte delle domande ed offerte poggiano su dei criteri più o meno oggettivi e quantitativi. Le linee guida, l'accesso alla tecnologia permettono delle risposte misurabili e attendibili. Nel territorio entrano in giuoco fattori di contesto, ambientali, sociali, emozionali, spirituali che influenzano l'andamento delle cure, per cui l'approccio medico da solo non è più sufficiente. Si dovrà imparare dalla psicologia, dalla sociologia e soprattutto dall'antropologia medica la dimensione culturale secondo i "Modelli Esplicativi" della malattia per ogni paziente.

Vale a dire **«l'insieme delle nozioni impiegate dai vari soggetti coinvolti nella cura per ricostruire le cause e il significato di un episodio di malattia ed elaborare il sapere utile per una possibile azione terapeutica.»** (A.Kleinman).

Tutto ciò rimanda ai ben noti concetti di *Illness-desease-sicknes*, a come viene vissuto e capito il rischio asintomatico rispetto alla patologia conclamata, alla discrasia tra esperienza soggettiva e valutazione probabilistica di malattia.

Ecco pertanto che sarà indispensabile fissare questi concetti per garantire un buon livello alla "Primary Health Care":

- MEDICINA NARRATIVA
- MEDICAL HUMANITIES
- COUNSELLING
- INTERDISCIPLINARIETA'
- MULTIPROFESSIONALITA'
- PROSSIMITA'
- CONTESTO

Bibliografia

«Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care»

[AA. VV. Ed. Cultura e salute editore Perugia 2021]

«Antropologia Medica: I testi fondamentali»

[a cura di I.Quaranta Raffaello Cortina Editore 2006]

Linkografia

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2099-missione-6-salute-pnrr-in-gazzetta-il-dm-77-siglati-i-contratti-istituzionali-di-sviluppo>

MEDICINA DI GENERE DALLA DEFINIZIONE AL TAVOLO REGIONALE

DOTT.SSA ELISA PACCAMICCIO

La medicina di genere nasce in Italia intorno all'anno 2000 per merito di persone operanti all'interno di alcune società scientifiche come la Società di cardiologia, la Società di neurologia, la Società italiana di farmacologia.

Fino agli inizi degli anni 2000 la donna era considerata dai ricercatori così come da alcuni specialisti un "piccolo uomo": nella prescrizione dei farmaci, ad esempio, bastava proporzionare la dose al peso della paziente, mentre non ci si poneva neanche il problema che l'assenza di donne nei protocolli di sperimentazione dei farmaci potesse in qualche modo rappresentare un rischio da non sottovalutare. Il Comitato Nazionale di Bioetica ha approvato nella seduta nel Novembre 2008 il parere "La sperimentazione farmacologica sulle donne", un documento che, a partire dall'analisi dei dati sulla sperimentazione clinica sulle donne, rileva la sotto rappresentatività nell'arruolamento e la scarsa elaborazione differenziata dei risultati, con particolare riferimento alle patologie non specificamente femminili. Un altro dato è quello del cosiddetto "health-mortality paradox" che mette a confronto il maggior ricorso a farmaci e ricoveri ospedalieri registrato tra le donne con la loro maggiore longevità. Proprio così: le donne si ammalano di più; eppure, vivono più a lungo.

Nel percorso che ha portato all'attuale definizione della Medicina di Genere si è partiti da evidenze in ambito sanitario per arrivare ad includere aspetti sociali, ambientali e culturali. Quindi il concetto di Medicina di Genere nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute siano legate non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine "genere". Difatti l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il "**genere**" come il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute.





Una precisazione che voglio fare è che la Medicina di Genere si occupa sia del genere femminile che maschile per cui non è esclusivamente una medicina in rosa.

Definizione di medicina di Genere

Si definisce Medicina di Genere lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socioeconomiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse a disuguaglianze legate al genere. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti differenze.

Le diversità nei generi si manifestano: nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale.

Nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati.

Nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici.

Nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, etc.

Le donne si ammalano di più, consumano più farmaci e sono più soggette a reazioni avverse, e sono "svantaggiate" socialmente rispetto agli uomini (violenze fisiche e psicologiche, maggiore disoccupazione, difficoltà economiche). Inoltre, le donne, per le stesse patologie, possono presentare, rispetto agli uomini, segni e sintomi diversi (infarto del miocardio) o diverse localizzazioni (neoplasie del colon, melanoma).

Le donne possiedono un sistema immunitario in grado di attivare risposte

immunitarie più efficaci rispetto agli uomini, e sono quindi più resistenti alle infezioni, ma nello stesso tempo mostrano una maggiore suscettibilità alle malattie autoimmuni.

D'altro canto, gli uomini hanno un'aspettativa di vita alla nascita inferiore alle donne e una maggiore probabilità di morire di cancro, di incidenti stradali e di altre importanti cause, incluso il suicidio.

Inoltre, sono più propensi delle donne a fumare, bere alcolici, avere una cattiva alimentazione, non accedere ai servizi sociosanitari.

Alcune patologie considerate classicamente femminili, inoltre, molto spesso non sono riconosciute nel maschio e quindi sono sottostimate. Esempi sono l'osteoporosi e la depressione.

Il Piano attuativo per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere

Il Ministero della Salute ha approvato formalmente Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. Tale Piano, predisposto ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della Legge 11 gennaio 2018 n. 3, si propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Il Piano è articolato in due sezioni:

la prima di inquadramento generale in cui viene spiegato cosa è la Medicina di Genere, gli ambiti prioritari d'intervento, l'importanza di un approccio di genere in sanità per una centralità della persona e viene presentata un'analisi del contesto internazionale e nazionale relativo alla Medicina di Genere.

La seconda sezione si apre con i principi e gli obiettivi del Piano, segue la strategia di governance per la sua implementazione; quindi, vengono declinate nel dettaglio le azioni previste per la realizzazione dell'obiettivo generale e degli obiettivi specifici per ciascuna delle quattro aree d'intervento in cui si articola il Piano:

- Area A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura,
- Area B) Ricerca e innovazione,
- Area C) Formazione e aggiornamento professionale,
- Area D) Comunicazione e informazione, specificando anche gli attori coinvolti e gli indicatori principali da utilizzare per ogni azione.

Tavolo Regionale per la Medicina di Genere

Nel ricevere le indicazioni del Piano il 10 Marzo 2021 è stato istituito presso la Regione Umbria il Tavolo Regionale per la Medicina di Genere per dare attuazione alle indicazioni contenute e previste nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, ai sensi della DGR n. 129 del 24/02/2021; e per individuare

per il ruolo ricoperto nel SSR, nell'Università degli Studi di Perugia, negli Ordini dei Medici di Perugia e Terni e nell'Associazione Italiana Donna Medico e per le esperienze collegate alla materia di cui trattasi, i seguenti professionisti come membri del Tavolo Regionale:

- Dott.ssa Moira Urbani, Dirigente medico Azienda Ospedaliera di Terni, in qualità di Coordinatrice,
- Dott.ssa Maria Cristina De Lio, Dirigente medico Azienda Ospedaliera di Perugia,
- Dott.ssa Mara Fabrizio, Usl Umbria 1,
- Dott. Maurizio Silvestri, Usl Umbria 2,
- Prof. Giuseppe Nocentini, Università degli Studi di Perugia,
- Dott.ssa Elisa Paccamiccio, Ordine dei Medici di Perugia,
- Dott.ssa Maria Cristina Latella, Ordine dei Medici di Terni,
- Dott.ssa Anna Maria Menciotti, Associazione Italiana Donne Medico,
- Dott.ssa Enrica Ricci, Dirigente regionale "Prevenzione sanità veterinaria e sicurezza alimentare",
- Dott.ssa Paola Casucci, Dirigente regionale del Servizio "Programmazione sanitaria, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, integrazione sociosanitaria, valutazione di qualità e progetti europei",
- Sig.ra Kathryn M. Mahan, a staff del Servizio "Programmazione sanitaria, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, integrazione sociosanitaria, valutazione di qualità e progetti europei".

Il primo lavoro del Tavolo è stato la formulazione di un questionario volto a raccogliere le attuali conoscenze del personale sanitario in merito all'argomento. Il questionario, in questa fase, è stato inviato al solo personale medico con l'obiettivo poi di estenderlo ad altre figure sanitarie.

Lo scopo era quello di coinvolgere i medici mediante la compilazione di una breve scheda informativa (Survey) ed iniziare a divulgare fra gli esperti il concetto di Medicina di Genere.

Riporto la prima domanda che di fatto è un'introduzione a tutto il questionario e all'argomento.

Cos'è la Medicina di Genere?

- a) La medicina generale (non specialistica)
- b) Lo medicina che si occupa esclusivamente delle malattie del sesso femminile
- c) La medicina che indaga le malattie che si manifestano di più nel sesso femminile
- d) Lo studio delle differenze fra la genetica, l'epigenetica, la fisio-patologia, la psiche e le funzioni sociali e culturali tra uomini e donne e tra generi, che determinano risposte differenti alle medesime malattie (incidenza, sintomi e progressione) e ai medesimi trattamenti (efficacia ed effetti avversi)
- e) Non so

Successivamente sono stati organizzati in Umbria dei convegni aventi tema la Medicina di Genere; FAD dal titolo: "Differenze di genere...perché?", il 18 Novembre 2021. E 'seguito. La medicina di genere durante il 7° anniversario dalla Istituzione della Giornata nazionale della Salute della Donna. Convegno interregionale che si terrà a Terni il 1° ottobre. Il tutto per voler diffondere tale tematica e sopperire alla carenza nel percorso formativo del sanitario.

Ci sarà l'obiettivo di poter avere dei moduli seminari nel percorso formativo del personale medico e poi passare ad aspetti applicativi.

Ciò di cui mi sono resa conto in questo percorso è che in ambito medico abbiamo delle carenze formative per cui tendiamo a semplificare, ad inquadrare la Medicina di Genere come la medicina in rosa e talvolta a non considerarla, per cui è di fondamentale importanza divulgare tali concetti e far sì che arrivino a coinvolgere l'attività medica.



IL NUOVO ACN DELLA MEDICINA GENERALE: ALCUNE CONSIDERAZIONI

DOTT. ALFREDO NOTARGIACOMO
Presidente CARD Umbria

Un nuovo Accordo Collettivo Nazionale, che disciplina i rapporti con la Medicina Generale, è stato emanato il 28 aprile 2022, e questo articolo vuole illustrare alcune delle novità più importanti.

Il ruolo unico

Fino all'ACN precedente erano presenti articoli ben distinti che regolamentavano le attività dei Medici di assistenza primaria ed i medici di Continuità Assistenziale. Con il nuovo ACN entrambe le tipologie di medici assumono la nuova denominazione di *"medici del ruolo unico di assistenza primaria"* che possono svolgere la propria attività professionale o a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT (Aggregazione Funzionali Territoriali) e nelle forme organizzative multiprofessionali le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

L'aspetto determinante, più volte sottolineato nell'ACN, è che i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono operare nelle due modalità (a ciclo di scelta ed ad orario) esclusivamente all'interno delle AFT. E questo è ancora più vero quando all'articolo 32 si fa riferimento al fatto che la AFT è : *"l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale"*. Quindi pur rimanendo sempre valido il principio dell'ambito territoriale, assume maggior rilevanza il ruolo della AFT ad esempio nel valutare la necessità di inserire nuovi medici. Infatti, rafforzando ulteriormente questo aspetto, nel caso in cui si verificasse una carenza di medici a ciclo di scelta, nell'ACN è previsto che si intervenga attraverso una *"procedura di mobilità interna di medici appartenenti ad ambiti territoriali diversi operanti nella medesima AFT..."*. Per meglio evidenziare questi aspetti è necessario anche ricordare che tra i compiti e funzioni della AFT sono previste la condivisione di percorsi assistenziali, di strumenti di valutazione della qualità assistenziale, di linee guida, audit e strumenti analoghi.

I medici appartenenti alla AFT hanno il compito di: garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione





non superiore a 30.000 abitanti; assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti; realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, garantendo una effettiva presa in carico dell'utente; la continuità dell'assistenza che deve essere realizzata anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e attraverso il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

E' importante anche evidenziare alcuni dei compiti che il medico a ruolo unico deve assolvere in particolare, ad esempio:

assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito;

si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;

persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse, in attuazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità e del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni, il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT; partecipa inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. Deve curare la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del S.S.N. . La scheda sanitaria individuale informatizzata deve essere condivisa con gli altri medici della AFT, nell'ambito del sistema informativo regionale; gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior

pratica, con interventi appropriati e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei malati cronici e dei pazienti fragili; partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei farmaci e delle risorse messe a disposizione del S.S.N.

Ruolo delle AFT in Umbria

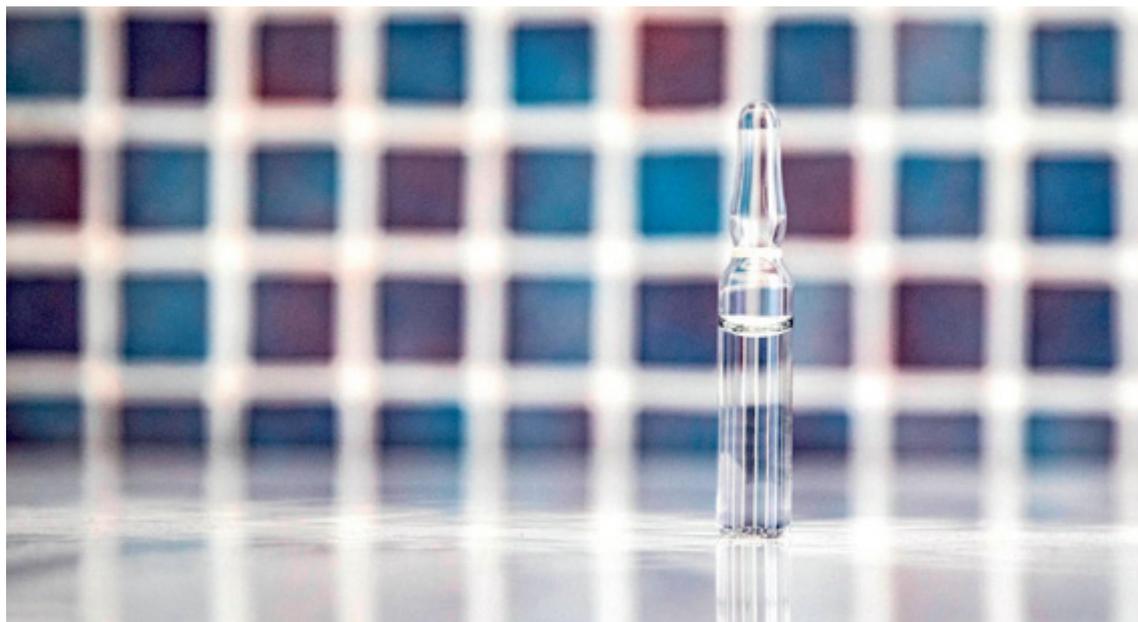
L'Umbria, con l'Accordo Integrativo Regionale del 2017 che ha istituito le AFT, ha effettuato una scelta diversa rispetto a quello che prevedevano gli accordi allora vigenti, tanto da definire per le AFT umbre una forma che definisco "ibrida" dal momento che nelle nostre AFT troviamo caratteri anche delle UCCP. Infatti in Umbria le AFT hanno una sede, condivisa dai componenti della AFT, dove vengono effettuate attività strutturali, quindi si è passati da una forma essenzialmente funzionale ad una erogativa con condivisione della sede, caratteristica questa propria delle UCCP.

Altro aspetto differente delle nostre AFT rispetto a quelle dell'ACN, è quello relativo al ruolo del coordinatore delle AFT che non è un referente, come indicato nell'ACN; assume infatti diverse funzioni che sono proprie o molto simili a quelle del coordinatore dell'UCCP ad esempio:

- collabora con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
- si relaziona e si confronta con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- si raccorda con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- collabora alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni

L'ACN prevede che le Regioni, entro **sei mesi** dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscano gli **atti di programmazione** volta a **istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT)** e definiscano le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali. L'attuazione di quanto indicato deve avvenire a seguito di nuovi Accordi Integrativi Regionali da perfezionarsi entro dodici mesi dalla definizione degli atti di programmazione.

Quanto previsto nell'ACN potrebbe dare un forte impulso alla piena realizzazione di quanto in parte era stato già previsto in Umbria con l'Accordo integrativo regionale del 2017 spingendo ad una realizzazione finalmente compiuta delle AFT. Infatti attualmente le AFT, nella maggior parte dei casi, non si sono pienamente realizzate e rappresentano al momento un ulteriore luogo dove il cittadino se non trova il proprio medico ha la possibilità di trovare un medico, farsi valutare ed eventualmente prescrivere ciò di cui ha bisogno. Certamente questo è possibile anche perchè è presente la condivisione dei dati degli assistiti



tra tutti i medici operanti all'interno della medesima AFT, e questo permette a tutti i componenti di accedere alle cartelle cliniche dell'eventuale pazienti che si presenta in AFT. Ma nelle AFT non è stata ancora realizzata la presa in carico dei pazienti cronici, dove il medico coadiuvato dal personale infermieristico in dotazione alle AFT può farsi carico in modo ancora più compiuto ed appropriato della gestione del paziente diabetico, scompensato, con esiti di ictus ecc. Inoltre non sono stati definiti gli accordi regionali ed aziendali che avrebbero permesso a quei medici componenti delle AFT e che avevano una specializzazione, di poter effettuare visite specialistiche di "primo livello" per gli assistiti di quella AFT effettuando quindi un filtro per l'accesso al livello specialistico contribuendo in tal modo ad un migliore utilizzo del secondo livello specialistico. Infine non è stata ancora realizzata una assistenza sulle 24 ore al giorno su 7 giorni di tutti gli assistiti afferenti ai medici della medesima AFT e di fatto in tal modo non si è realizzata una entità autonoma nella gestione di quei medesimi pazienti. Infatti da un lato abbiamo le AFT con l'assistenza sulle 12 ore e contestualmente abbiamo il servizio di Continuità Assistenziale che però risulta unico e non integrato con le singole AFT. L'obiettivo in questo caso è quello, in estrema sintesi, di creare per ogni AFT, un punto di guardia che assieme ai componenti dell'aggregazione si faccia carico sulle 24 ore dell'assistenza dei soli assistiti di quella AFT. Tenendo anche in considerazione che nell'ACN è possibile prevedere l'attivazione di un servizio di continuità assistenziale *"organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118"*.

Le Unità Complesse di Cure Primarie

Il nuovo Accordo regionale dovrà necessariamente tenere conto delle peculiarità della nostra realtà organizzativa regionale, spingendo alla piena realizzazione delle AFT, realmente operanti, efficaci ed efficienti, ma contestualmente dovrà anche definire (dato che nell'ACN del 2017 vi era stato un semplice accenno) le UCCP che dovranno rappresentare, probabilmente, il vero salto di qualità dell'assistenza dei pazienti in quanto effettuato da equipe multiprofessionali.

Lo sviluppo delle UCCP è necessariamente e strettamente correlato alla realizzazione delle Case di Comunità (già case della salute). E' prevista la realizzazione di diverse Case della Comunità su tutto il territorio Umbro, ma anche in questo caso, è necessario che con il nuovo Accordo integrativo dia una giusta spinta alla loro piena realizzazione contribuendo alla reale integrazione delle varie figure professionali che opereranno nelle future UCCP.

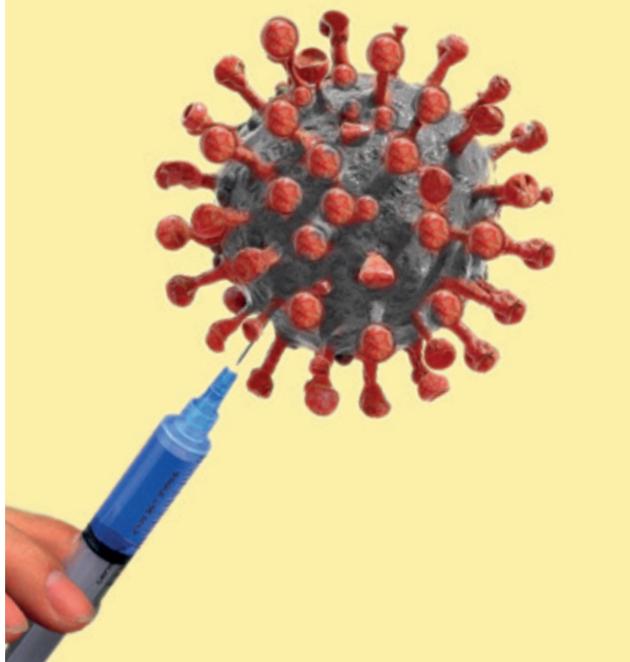
Ricordo che l'UCCP *“opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi”*. Inoltre *“garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria”*. Ed inoltre dovrà essere previsto un *“collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi”*.

La difficoltà del nuovo accordo che definirà le UCCP Umbre sarà anche legato all'integrazione con le AFT, alla contemporanea definizione degli accordi che dovranno necessariamente essere concordati per altre figure (es. medici specialisti ambulatoriali), ma anche con tutte le figure che operano all'interno del distretto.

Sicuramente questa è una sfida che se vinta potrebbe garantire un miglioramento significativo dell'assistenza territoriale, sfida che siamo pronti a cogliere anche come Società scientifica degli operatori del distretto.

ISTITUZIONE DI UN POLO VACCINALE ANTI-COVID-19 PRESSO IL COMANDO REGIONALE UMBRIA DELLA GUARDIA DI FINANZA

DOTT. RICCARDO PEGIATI,



Con riferimento al fenomeno pandemico causato dall'infezione da SARS-CoV-2 e nell'ambito delle attività volte alla sua prevenzione, il Comando Regionale Umbria della Guardia di Finanza

ha ottenuto l'autorizzazione da parte del Commissario straordinario regionale per l'emergenza coronavirus al fine di creare un "polo vaccinale" presso l'Infermeria presidiaria della caserma di via Settevalli n. 112 dedicato alla vaccinazione anti-Covid 19 di tutti i militari del Corpo in servizio in Umbria (oltre 600 dipendenti dislocati tra Comando Regionale, i 2 Comandi Provinciali di Perugia e Terni - comprensivi dei Reparti dipendenti, la Scuola di Addestramento e Specializzazione di Orvieto e il Centro Cinofilo di Castiglione del Lago).

La struttura sanitaria del Corpo, infatti, è risultata in possesso dei requisiti normativi atti allo specifico scopo tra i quali, in particolare:

1. percorsi a senso unico in entrata e in uscita controllati da un finanziere (appositamente formato);
2. sede di anamnesi e consenso informato con la presenza del medico vaccinatore;
3. sede informatica per la trasmissione dei dati di avvenuta vaccinazione alla Regione Umbria;
4. sede di vaccinazione (vera e propria) con la presenza di n. 2 infermieri professionali della Guardia di Finanza;
5. sala di attesa in entrata e sala di attesa in uscita per monitorare eventuali eventi avversi (che non si sono verificati).

Pertanto, sono state effettuate varie giornate dedicate alle inoculazioni (prevalentemente di dosi booster) ai militari del Corpo realizzate dal Medico civile convenzionato (in funzione di medico vaccinatore) e da due infermieri professionali della Guardia di Finanza, utilizzando il vaccino "Moderna", senza gravare sui poli vaccinali regionali già oberati di lavoro e agevolando così il personale del Corpo che ha potuto coniugare al meglio tale attività di prevenzione con le esigenze di servizio e quelle familiari.





**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

Perugia, li 15 novembre 2022

A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI PERUGIA

- LORO SEDI -

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,

in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 23 1° comma del D.P.R. N. 221 del 05/04/50, è indetta

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.

La suddetta Assemblea non si terrà come di consueto, presso la sede dell'Ordine ma presso
**L'AULA MAGNA "Paolo Larizza" del DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA - ED. H piano -2 (Piazza L. Severi, 1
Sant'Andrea delle Fratte)**, il giorno sabato 17 dicembre 2022 alle ore 7.30 in prima
convocazione, e

DOMENICA 18 DICEMBRE 2022 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

- 1°) Approvazione Bilancio Preventivo 2023 - Relazione del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per il riconoscimento dei 50 anni di laurea e per i nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza e Cesare Fiore", "Luigi Balducci", "Fabio Giaino", "Ugo Mercati".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.



IL PRESIDENTE

(Dott.ssa Verena De Angelis)

Firmato digitalmente da

VERENA DE ANGELIS

O = ORDINE DEI MEDICI DI

PERUGIA

T = PRESIDENTE iscr.nr.5978

C = IT

Via Settevalli, 131F - 06129 Perugia (PG) -

Tel. 075/5000214 - Fax: 075/5153012 - Codice Fiscale 80000650541

sito internet: www.ordinemediciperugia.it - e-mail: uffici@ordinemediciperugia.it - PEC: segreteria.pg@pec.omceo.it



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DELEGA

IL/LA DOTT./DOTT.SSA _____

A PARTECIPARE ALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEGLI

ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI

PERUGIA.

DATA _____

FIRMA



TIKTOK E L'INFORMAZIONE SANITARIA

DOTT. GIUSEPPE QUINTALIANI

Master in comunicazione istituzionale della scienza

MARIA RINALDI MILIANI

Social Media Manager

TikTok è entrato prepotentemente nelle case di tutti noi dopo che la politica si è accorta dell'esistenza di questa piattaforma così particolare e di successo.

Cos'è? È un'applicazione gratuita, disponibile in 150 Paesi del mondo, che parla ben 75 lingue, al 2022.

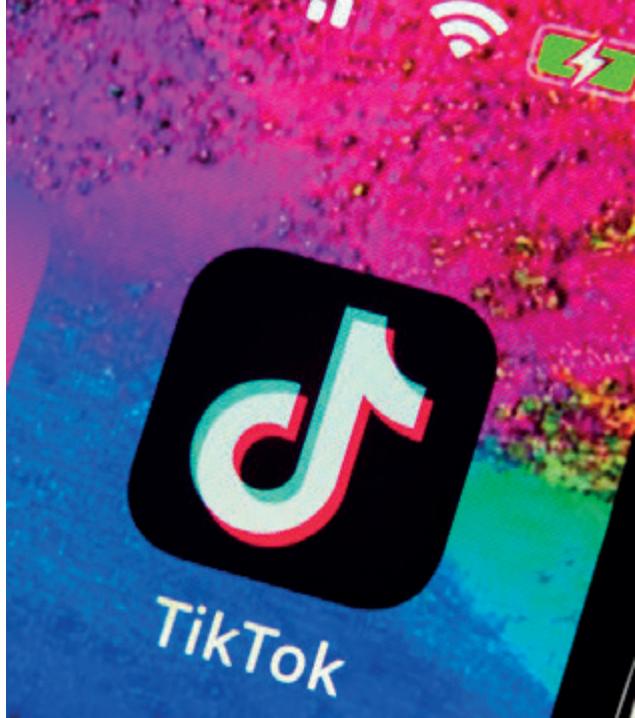
Si può utilizzare questa piattaforma per creare e condividere filmati brevi, ai quali è possibile aggiungere effetti e filtri anche molto particolari, per esprimere le proprie idee e la propria creatività.

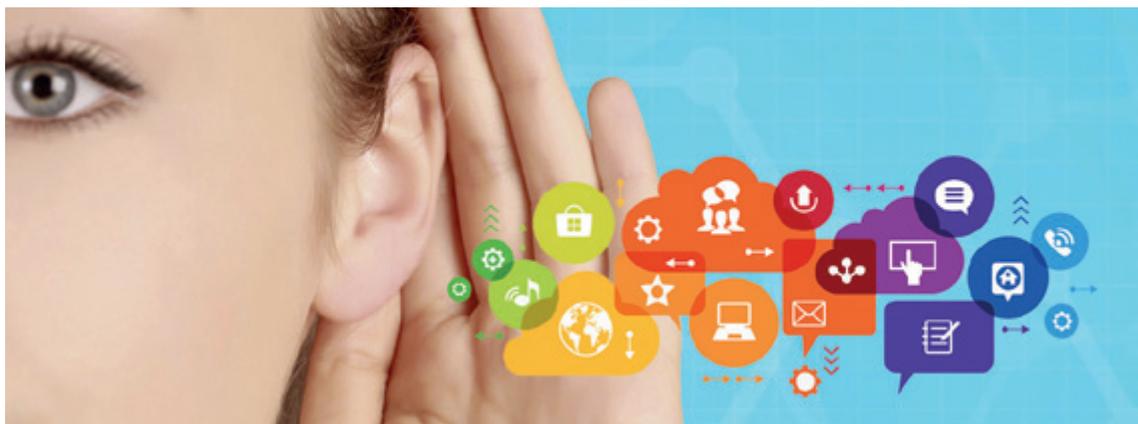
La caratteristica principale di TikTok è proprio quella di avere come formato fondamentale i filmati brevi (ora fino a 10 minuti al massimo), spesso ironici o divertenti.

Un esempio davvero esauriente dell'efficacia dei video di questo tipo sono i filmati di Khaby Lame, il *Tiktoker* più seguito al mondo, diventato da poco cittadino italiano (non per i suoi video su TikTok).

La sua fortuna sono stati proprio i filmati brevi e satirici, nei quali prende in giro, con maestria ed ironia ma anche con semplicità disarmante, le stranezze che si vedono sui social e nel web in generale.

Sappiamo poi che TikTok, ultimamente, ha cominciato ad essere utilizzato anche dai politici italiani. Non entriamo nel particolare della discussione, ma l'uso dei social è una vera e propria scienza, ogni social ha le sue regole comunicative, i suoi *followers* con le loro specifiche caratteristiche preponderanti, e quindi per ogni uso si deve adattare lo stile comunicativo che si sceglie di adottare allo strumento. Ognuno può usarlo come vuole, tuttavia è evidente che il trend d'union è l'ironia, basti vedere gli esempi di Renzi e Calenda. Per quanto riguarda Berlusconi, dicono alcuni esperti, l'approccio in giacca e cravatta non è uno stile ottimale: non bastano le battute per farlo diventare un *Tiktoker*. Eppure alla fine, proprio per questo è stato il più citato, per il suo stile non perfettamente in linea con i trend della piattaforma. Magie della comunicazione?





Rimane comunque strano che molti politici italiani abbiano scelto di usare questa piattaforma mentre nel mondo occidentale si accredita la tesi che attribuirebbe a TikTok il ruolo di Cavallo di Troia del Partito Comunista Cinese, di cui Pechino si serve per entrare nelle società straniere e per influenzarle dall'interno. La preoccupazione è emersa durante la *Code Conference 2022* dove i Ceo più noti delle grandi aziende tecnologiche – Google, Snap, Apple – i giornalisti e le voci più importanti della politica hanno preso posizione contro la Cina, per motivi di concorrenza ma soprattutto di sicurezza. Ciò anche perché i due terzi di chi usa l'applicazione ha un'età compresa fra i 10 e i 29 anni.

Nonostante questo, è necessario ricordare che tutto il mondo social si sta spostando sui filmati (uno dei motivi della crisi di Facebook. Meta per ovviare al problema ha attivato i così detti *reels* anche su questa piattaforma social).

Una indagine di *Pew Research Center* nei ragazzi americani tra i 13 e i 17 anni, mostra come il 67% sia registrato alla piattaforma TikTok, più del doppio di quelli presenti su Facebook (32%), diventato quasi un canale di comunicazione vetusto, nonostante sia ancora il social con più iscritti al mondo.

TikTok stimola però la creatività e la capacità di sintetizzare in un breve filmato concetti e idee, anche se la cosa non è certamente facile da fare. Il problema è che, con i filmati, i messaggi subliminali, i sottomessaggi inespressi e le possibili malinterpretazioni, sono più frequenti e possibili. Tutto ciò che viene mostrato senza troppe spiegazioni, oppure che si nasconde dietro ciascun filmato, ha enorme potere su chi guarda senza che l'osservatore ne sia pienamente consapevole. Anche le pubblicità, che alle volte sono esplicite, possono essere manipolate e nascoste.

Eppure le sue potenzialità sono innegabili, soprattutto le potenzialità di coinvolgimento della popolazione giovane del paese, quindi educative.

Una domanda sorge spontanea: è possibile usare in sicurezza TikTok per la prevenzione e l'informazione sanitaria?

Esistono già dei casi studio da prendere ad esempio?

La risposta è sì.

Profili TikTok ed educazione medica e sanitaria

Come riferito TikTok, ad appena 6 anni dalla sua nascita avvenuta nel 2016, è stato ed è usato già in medicina con buoni risultati.

Al settembre 2022, sono circa 200 gli articoli recensiti su Pubmed riguardanti TikTok, con circa 14 review.

Alcuni medici hanno intuito la potenzialità della piattaforma da molto tempo, costruendo canali personali dall'aspetto professionale ma conforme allo stile della piattaforma contemporaneamente. Fra questi alcuni esempi italiani¹:

- Carlo Esposito nella vita è un medico laureato con lode all'Università Tor Vergata di Roma, ha iniziato ad usare TikTok con l'intento di avvicinare i più giovani alle tematiche della salute, parlando la loro lingua sui canali da loro frequentati raggiungendo numeri da influencer.
- Chiara Di Pietro è una ginecologa di Roma, attiva su Instagram e TikTok con il profilo "Una ginecologa per amica". Su TikTok conta 560mila follower e quasi nove milioni di mi piace. Nei suoi video affronta numerosi aspetti della salute femminile, focalizzandosi su specifici problemi, paure e dubbi delle giovani donne.
- Claudio Olivieri, chirurgo pediatrico con oltre 255mila follower e quasi 5 milioni di mi piace è noto come Doc Claudio: sfrutta l'ironia e la vicinanza per la salute dei più piccoli. I suoi video si caratterizzano, infatti, per lo stile simpatico e giocoso creato tramite l'utilizzo di musica, effetti video e parlato. Tutti i video sono mixati in modo efficace con un uso marcato della mimica facciale e della gestualità.
- Claudio Brancelli, specializzando in urologia, conta attualmente oltre 135mila follower e quasi 3 milioni di mi piace. La maggior parte dei suoi video si caratterizza per il ritmo incalzante, ottenuto attraverso un efficace mix di musica, testo, effetti e frequenti cambi di inquadratura mentre il gesto finale di saluto e il sorriso con cui chiude ogni video contribuiscono a rendere riconoscibile e memorabile il suo profilo. Sulla scia del gesto finale ironico che ha reso noto Khaby Lame, ha creato un video virale dedicato alle disfunzioni sessuali nell'uomo.
- Molto utile per i giovani l'account di Giovanni Martinotti, psichiatra, che ha scelto TikTok quale canale privilegiato di dialogo con i giovani. In ogni video lo vediamo inquadrato in studio, in genere in piedi davanti a una libreria, a ricordare l'approccio (allora su YouTube) del Montemagno degli albori, Giovanni Martinotti parla molto dei problemi relativi all'uso e abuso di sostanze con un linguaggio comprensibile ai giovani ed empatico. Tra i più apprezzati vi è un suo video relativo al disturbo istrionico della personalità.
- Antonella Conte, odontoiatra su TikTok si presenta come "la dentista che ti svela le curiosità sui denti".

Brevi pillole, video in cui affronta diversi aspetti della salute orale strutturati



secondo la formula “come fare per”: come sconfiggere l'alitosi? Come scoprire se hai una carie? Etc.

E si potrebbe continuare molto a lungo dato che sono circa 5,4 milioni, stando alle ultime stime, gli utenti italiani iscritti alla piattaforma TikTok (Stime Shopify). Tutto questo dimostra che TikTok è una piattaforma sicura e senza rischi che può essere, o addirittura deve essere, sfruttata immediatamente e senza riflessione per l'educazione sanitaria, soprattutto destinata ai più giovani? Purtroppo no. Uno dei rischi dei social media in generale, e ancora di più di quelli basati su filmati, sono le fake news scientifiche e mediche². La notizia falsa è dietro l'angolo, ed anche una notizia comunicata a fin di bene se non adeguatamente preparata e studiata, anche nei suoi possibili significati nascosti, può trasformarsi in una falsità se non si pone la giusta attenzione. Inoltre, è sempre molto difficile dibattere nei commenti di un video, o spiegare che cosa si intendeva dire qualora non si fossero analizzate tutte le possibili conseguenze, e il filmato rimane sempre con la sua potenza di impatto.

Vi sono poi anche i casi di deliberata malafede.

I video di buona qualità medico-scientifica su TikTok spesso si mescolano ad altri filmati i quali suggeriscono i rimedi più disparati per mantenersi in forma o per risolvere piccoli disturbi di salute, consigliati da utenti di dubbia qualifica. Alcuni propongono soluzioni al limite del buonsenso, altri ancora propongono rimedi assurdi o dannosi che possono anche diventare virali, con una conseguente visualizzazione da parte di milioni di persone. Possono così innescare, soprattutto nel pubblico più giovane, se si parla di TikTok, spesso non adeguatamente tutelato, voglia di emulazione o vera e propria disinformazione.

Vediamo un esempio particolare

BMJ Global Health qualche tempo fa, ha cercato di valutare l'impatto della visione di filmati provenienti da TikTok sull'alimentazione basata su cibi poco salutari, (zuccheri, grassi e sale)³.

Molte aziende hanno usato TikTok per pubblicizzare i loro prodotti. Ricordiamo che TikTok è essenzialmente abitato da giovani, quindi le pubblicità presenti su questa piattaforma hanno su tale fascia di pubblico un impatto molto forte. Lo studio ha registrato la massiccia organizzazione di campagne imponenti immagini del brand alimentare (87% de video), oppure di prodotti che si intendeva promuovere (85%). Spesso le campagne sfruttavano volti di influencer per sponsorizzare questo o quel cibo (25%).

Gli autori dello studio hanno preso in considerazione 16 account di importanti marchi di alimenti e bevande analcoliche e hanno scoperto che in totale avevano pubblicato nel periodo di studio (2019-2021) 539 video, il 3% (17) diffusi nel 2019 (primo anno di pubblicazione), il 37% (198) nel 2020 e il 60% (324) nei primi 6 mesi del 2021. È del tutto ovvio che questi video potenzialmente hanno potuto condizionare negativamente il comportamento alimentare dei più giovani inducendoli a diventare ambasciatori social del cibo spazzatura, alimentando cattive abitudini con danni sanitari.

Quello che si rimproverava alla Tv è ora moltiplicato a dismisura sui social, con il supporto ancora presente ad ogni modo delle televisioni.

Un capitolo a se stante riguarda poi la disinformazione sul COVID-19, problematica che ha peraltro coinvolto anche tutti gli altri social media. Altri filmati di dubbio valore medico hanno avuto come oggetto il cancro alla prostata⁴.

Quindi Tik Tok è utile o è dannoso e non può essere sfruttato per l'informazione sanitaria?

Come in molti casi quando si parla di social media la risposta è: "dipende".

Esistono differenti pareri. Eugenio Santoro, direttore laboratorio di informatica dell'Istituto Mario Negri ha realizzato un video su come TikTok possa aiutare a comunicare con i giovani, dimostrando come sia possibile fornire un'informazione attendibile, corretta e non misinterpretabile⁵.

Tuttavia un gruppo di studenti della West Virginia University e della George Washington University ha realizzato uno studio che mostra come una percentuale considerevole dei video che su TikTok che offrono consigli su come gestire l'ipertensione non si basi su evidenze scientifiche⁶. Lo stesso vale per i video sul dolore mestruale.

È del tutto ovvio, come riporta *Medscape*, che non è lo strumento TikTok ad avere problemi, ma chi lo usa. La competenza e credibilità degli autori è l'unica possibilità di difesa e la presenza quindi di medici formati e certificati è necessaria a controbilanciare gli effetti della video-disinformazione. Ciò ad ogni modo, come magari sarà possibile vedere in un successivo articolo, ha sempre riguardato anche gli altri social media.



Nell'articolo apparso l'estate scorsa sul Giornale Italiano di Nefrologia: "Social media for continuing education in nephrology intitolato "Myth or reality?" i nefrologi italiani hanno raccontato di come siano stati sviluppati esempi di aggiornamento scientifico all'interno di organizzazioni universitarie e di associazioni di pazienti proprio attraverso i social media sia per l'aggiornamento professionale, ma anche per aggiornamento per i pazienti attraverso vari social. Come? Attraverso un'attenta pianificazione dei

contenuti e la collaborazione in team multidisciplinare, anche con il supporto di esperti di comunicazione, social media manager e social media strategist, capaci di analizzare i vari aspetti positivi e negativi di un contenuto pubblicato e di correggerne le caratteristiche fino ad ottenerne un'efficacia ottimale.

Insomma, TikTok, come altri social, può essere uno strumento da usare per veicolare informazioni corrette in campo sanitario. Tuttavia, probabilmente è un mezzo scarsamente fruibile da parte di pazienti affetti da malattie croniche, poiché quest'ultimi hanno per lo più un'età avanzata e quindi possono incontrare difficoltà nell'uso di questa app, sulla quale non sono talvolta neanche presenti. Prudenza e attenzione a ciò che si vede e si ascolta, possono fare la differenza. Anche se ci si trova all'interno di una piattaforma leggera, prevalentemente votata allo svago e alla leggerezza, la mente deve essere costantemente attenta, seppur aperta a possibili informazioni davvero valide. Infatti, l'aggiornamento attraverso social è oramai una realtà; si deve semplicemente insegnare ai pazienti a scegliere adeguatamente le organizzazioni, i siti e soprattutto i professionisti a cui affidarsi. Numerosi lavori indicano che ci sono benefici e rischi nell'uso dei Social Media e che è necessario includere professionisti della salute nel loro uso per l'informazione medica⁸.

L'intermediazione dell'informazione, infatti, non può che passare attraverso gatekeeper qualificati e certificati. E i medici devono essere in prima linea per poter selezionare indicare e consigliare. Potrebbe essere proprio l'ordine dei medici a certificare in futuro, in un apposito elenco, gli account attendibili anche se resta difficoltoso al momento immaginare come e secondo quali parametri tale certificazione potrebbe essere accordata o negata.

Bibliografia

- 1 Medici su TikTok: 5 esempi da seguire. Agenda digitale. <https://www.agendadigitale.eu/sanita/medici-su-tiktok-5-esempi-da-seguire/>
- 2 Ora il junk food lo consiglia Tik Tok. E non si limita a quello. A. Nanni, GEDI group, [repubblica, LaStampa]
- 3 Brooks R, Christidis R, Carah N, et al Turning users into 'unofficial brand ambassadors': marketing of unhealthy food and non-alcoholic beverages on TikTok BMJ Global Health 2022;7:e009112.
- 4 Xu AJ, Taylor J, Gao T, et al. TikTok and prostate cancer: misinformation and quality of information using validated questionnaires. BJU Int 2021;128:435–7.doi:10.1111/bju.15403pmid: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33811424>
- 5 Santoro Eugenio. Come comunicare la salute ai giovanissimi? <https://cristinadarold.com/2021/04/08/webinar-gratuito-come-comunicare-la-salute-ai-giovanissimi/>
- 6 TikTok Videos about High Blood Pressure Often Lack Scientific Basis. Inaccuracies and promotional content found in popular hypertension-related videos American college of Cardiology. <https://www.acc.org/About-ACC/Press-Releases/2022/03/23/00/15/TikTok-Videos-about-High-Blood-Pressure-Often-Lack-Scientific-Basis>
- 7 Quintaliani G et al: Social media for continuing education in nephrology. Myth or reality? Giornale Italiano di nefrologia Luglio Agosto 2021 - Comunicazione e Marketing
- 8 Sedak K. Et al: Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals: Scoping Review. J Med Internet Res. 2021 Nov 17;23(11):e25770. doi: 10.2196/25770.



UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA DOVE TUTTO EBBE INIZIO...

DOTT. CRISTINA CENCI

Presidente Federazione CIMO-FESMED
Umbria

L'Unità di degenza infermieristica (UDI) è stata istituita nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia, con un atto d'imperio dell'allora Direttore Generale Walter Orlandi, che ne ha dato informativa ai sindacati della dirigenza medica e del comparto, nell'aula che porta il nome del Professor Mercati.

Era la prima riunione alla quale partecipavo come delegato CIMO, e probabilmente ero l'unico medico che non lavorava al Santa Maria della Misericordia. Forse, tra tutti i sindacalisti presenti in quell'aula, sono stata quella rimasta più offesa dalle parole del Direttore, e le ragioni saranno chiare a chi legge, nel prosieguo del racconto. Sicuramente ingenua e idealista, convinta che con la dialettica e il confronto si possa ancora cambiare in meglio il presente, sono stata l'unica ad alzare la mano per dire: *"Scusi...io non ho capito"* quando lo stesso finì di parlare. *"Qui si fa come dico io: e se qualcuno, per esempio la CIMO vuole fare ricorso, è libero di perderlo"*, è stata la sua risposta.

Sono passati sette anni da allora e il ricorso lo abbiamo vinto. Innanzi al TAR Umbria e innanzi al Consiglio di Stato. Alla CIMO si è unita fin da subito AAROI EMAC e successivamente ad adiuvandum l'OMCeO Perugia e l'ANAAO ASSOMED.

Non voglio entrare nel merito delle ragioni del ricorso, egregiamente espresse dalla sentenza del Supremo Consiglio, ma raccontare le sensazioni che mi hanno portato ad alzare la mano, sette anni fa, nell'aula Mercati e a sentirmi offesa, ancor prima che dalla risposta del Direttore alla mia domanda, dalle ragioni istitutive dell'UDI.

Secondo il Dott. Orlandi i 24 posti letto per acuti della ex medicina del Prof. Albano Del Favero non erano produttivi. I medici assegnati alla cura dei pazienti che quei posti letto occupavano, si facevano troppe domande e per questo motivo i ricoveri risultavano troppo lunghi. Ci avrebbe pensato lui a riorganizzare ed efficientare il reparto: 12 posti letto diventavano una lungodegenza travestita da UDI, gli altri





12 posti letto venivano accorpati ad un'altra medicina; un primariato in meno; un incarico gestionale ad una posizione organizzativa non medica in più; i colleghi medici spostati e riassegnati ad un'altro Direttore di un'altra Unità Operativa Complessa; quella che per tanti colleghi era stata una scuola di metodo e rigore scientifico, di indipendenza di giudizio basata sull'analisi critica delle evidenze, una fucina di ricerca clinica, veniva chiusa. Perché non efficiente. O forse perché non asservita al sistema.

Un artificio burocratico, quello dell'UDI, che ha permesso di dimettere i pazienti "ad altro regime di ricovero", pur rimanendo ricoverati dentro lo stesso Presidio Ospedaliero, non più in carico al reparto di iniziale provenienza, almeno formalmente. Perché poi nella realtà, se il paziente necessitava ancora di cure mediche, erano i medici ospedalieri in servizio in quegli stessi reparti che lo avevano dimesso, a dover intervenire, in una confusione di ruoli e in una sovrapposizione di mansioni, che li esponeva insieme ai pazienti, ad un rischio clinico ingiustificato.

Le ragioni dell'offesa, senza doverle dettagliatamente spiegare, credo siano note a tutti quei colleghi che hanno vissuto l'esperienza dell'UDI e che come me, credono ancora oggi, che il lavoro del medico sia non solo una professione, ma anche un'arte; non solo individualismo ma anche gioco di squadra; non solo burocrazia e medicina difensiva, ma soprattutto conoscenza, confronto, aggiornamento, cultura.

Se non avessimo impugnato la delibera istitutiva dell'UDI e la successiva delibera di giunta regionale, probabilmente altri artifizii burocratici sarebbero stati istituiti in altrettanti ospedali della nostra regione, senza migliorare la qualità dell'assistenza medica e infermieristica resa ai pazienti.

La separazione tra percorso clinico e percorso assistenziale infatti, non è possibile. E' il medico il diretto responsabile di entrambi, perché è il solo a possedere le adeguate competenze che permettono di stabilire, per il singolo paziente, l'iter diagnostico, terapeutico ed assistenziale più appropriato e di individuare precocemente, sopraggiunte condizioni cliniche potenzialmente evolutive, che nel corso del ricovero, potrebbero complicarlo, mettendo a rischio la salute del paziente.

Efficientare un reparto o un servizio è possibile, ma per farlo occorre mettere in piedi un progetto serio che abbia al centro il paziente e che coinvolga i professionisti interessati alla sua cura: medici, infermieri e tutte le altre figure che appartengono alle professioni sanitarie non mediche. Un progetto che abbia indicatori misurabili, noti e condivisi; che si prefigga risultati chiari da raggiungere nel breve, medio e lungo periodo, e che abbia l'obiettivo di rendere più efficace la nostra azione di salvaguardia della salute del singolo e della comunità.

I tanti colleghi medici con i quali ho la fortuna di parlare, nella mia duplice veste di dirigente medico e dirigente sindacale, lo sanno bene, e lo sanno anche i colleghi infermieri e gli altri professionisti sanitari che lavorano negli ospedali della nostra regione.

Dopo sette anni di esperienza sindacale, prendo atto che i decisori politici invece, non lo hanno ancora capito. Infatti né i sindacati né l'Ordine dei Medici hanno potuto partecipare alle scelte tese a garantire ai cittadini Umbri le migliori possibilità di salute con le risorse disponibili, per realizzare quell'efficientamento tanto agognato dal Direttore Generale con la nascita dell'UDI. Perché è mancata, a tutti i livelli, la partecipazione con le parti sociali, nonostante le reiterate richieste da parte di entrambi, di essere coinvolti e di partecipare attivamente alle scelte di politica sanitaria della nostra regione. Ai miei occhi sembra che la modalità di agire d'imperio con soluzioni organizzative estemporanee e fantasiose, come quella che ha portato all'istituzione dell'UDI, sia prassi ormai consolidata dalle nostre parti ed è forse la prima volta che non riesco ad intravedere una soluzione percorribile per porvi rimedio.

Spero tuttavia, che la decisione del Consiglio di Stato, abbia ridato un po' di dignità all'aula dedicata ad un Maestro della Medicina che ha fatto la scuola della chirurgia nella nostra regione; al reparto del mio Maestro e suocero che ha forgiato tanti medici internisti che hanno portato avanti i suoi insegnamenti in Italia e all'estero; ai giovani colleghi specializzandi che hanno vissuto la realtà dell'UDI in prima persona, senza conoscerne le origini e ai colleghi tutti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

E che sia di buon auspicio per una rinnovata alleanza tra professionisti che non rinunciano a far valere le ragioni del buon senso a vantaggio del diritto costituzionale alla salute che lo Stato, attraverso loro, garantisce ai cittadini.

CODICE E LEGGI PER IL MEDICO LUNGO LA STORIA E SUE RIPERCUSSIONI ATTUALI. HAMMURABI, MOSÈ, MANU, HERMES-TOTH, XII TAVOLE, LEX AQUILIA, COMMON LAW.

DOTT. MARCELLO PACI

Sin dai tempi antichi furono stabilite regole e discipline per consentire lo svolgersi di una vita sociale quanto più armoniosa e rispettosa di tutti almeno come aspirazione. Dato lo stretto

legame tra religione e società queste regole erano soprattutto di derivazione religiosa. Con il passare del tempo si realizzò una distinzione tra le due sfere sempre maggiore. Ma le norme erano sempre le stesse, solo nella medicina orientale per i medici esisteva una legislazione speciale.

L'antica Mesopotamia

Occorre ricordare che erano tempi che non esistevano regole per l'esercizio della Medicina, per questo era terreno di conquista da parte di avventurieri, che obbligavano il re a comminare severe punizioni per costoro. La Mesopotamia era una regione fortunata per la ricchezza del suolo adatto all'agricoltura. Si pensa che il grano ed altri farinacei nascessero spontaneamente dal terreno e quando i primi uomini se ne cominciarono a nutrire, iniziò la coltivazione e con essa lo sviluppo dell'agricoltura. Ma oltre il grano c'erano ogni sorta di alberi da frutto e vegetali, e tutto questo era da attribuire ai due fiumi Tigri ed Eufrate che rendevano straordinariamente fertile il suolo. La capitale era Babilonia, città fondata nel 3800 a.C., ad ottanta chilometri dall'attuale Bagdad. Si sono succedute nei secoli molte dinastie regnanti, tra tutte spicca quella di Hammurabi (1728-1686), un re molto potente, politico accorto che attraverso alleanze e conquiste allargò l'influenza della Mesopotamia sul golfo persico e sul deserto della Siria. Fu anche abile amministratore pubblico: creò una rete di canali con i quali riuscì ad aumentare la produzione agricola. Molto preoccupato a mantenere la coesione interna del regno, promulgò una serie di regole e prescrizioni che configura un corpus dottrinario per la prima volta nella storia, che poi sarà prassi nelle successive civiltà occidentali. Per questo imporre il concetto di una giustizia civile insieme a tutto il resto della sua azione governativa fu allora considerato e anche





successivamente il più grande monarca orientale. Non fu una riforma astratta, fu calata nella realtà quotidiana con il re in prima fila ad esercitare la giustizia: chiunque ritenesse di aver subito un'ingiustizia poteva rivolgersi direttamente a lui. Tutte le regole e le prescrizioni furono raccolte in un testo celebre: il codice di Hammurabi. Il testo fu trascritto su un monolite alto 2,25 metri di pietra nera scomparso per lungo tempo, probabilmente sottratto dagli elamiti e trasportato a Susa dove è stato ritrovato da archeologi francesi che lo portarono al Louvre dove ancora oggi sta.

La società babilonese

Al tempo di Hammurabi la società era divisa in tre classi sociali. Gli uomini liberi, con tutti i diritti che dava loro la cittadinanza: erano chiamati "*awillum*". Questa classe esprimeva principalmente i funzionari pubblici, gli scribi, i sacerdoti. Accanto a questi, professionisti, medici, commercianti, una parte dei soldati. Oltre gli alti funzionari, e i professionisti, anche piccoli contadini proprietari legati tra loro da vincoli di tipo feudale. La classe media nel codice di Hammurabi era chiamata "*muskenum*", raggruppava agricoltori salariati, piccoli proprietari, semplici soldati, pastori e schiavi liberati. Molti di questi erano impiegati come lavoratori giornalieri, tutelati dalla legge specialmente nel salario, che doveva essere secondo quanto stabilito e sufficiente per avere una vita dignitosa. L'ultima classe era quella degli "*schiavi*", la cui sorte dipendeva dallo spirito umanitario dei padroni. Ma anche per loro la legge prevedeva una protezione in particolare per coloro che erano debitori e per questo sottoposti alla schiavitù: l'orario di lavoro doveva essere umano.



IL Codice

Il codice di Hammurabi rappresenta una codificazione del diritto vigente nella società babilonese con l'obiettivo di combattere gli abusi e le ingiustizie *"in modo che l'arrogante non offenda il debole, gli orfani e le vedove, insomma per stabilire il diritto nella società"*. Le leggi trattavano dei fini delle cose e non dei loro principi. Nel trattare i delitti dei criminali si applicava la legge del taglione: "occhio per occhio, dente per dente, membro per membro". Il corpo delle leggi era diviso in parti seguendo i fini di ciascuna legge

- 1° parte 5 leggi per punire i possibili delitti commessi durante i processi giudiziari
- 2° " 120 leggi per regolare il diritto patrimoniale
- 3° " 68 leggi per regolare il diritto di famiglia e i lasciti
- 4° " 18 leggi per punire le lesioni corporali
- 5° " Leggi che regolano diritti di categorie speciali: 8 per i medici, 1 per i veterinari, 1 per i barbieri, 5 per i muratori, 6 per i barcaioli.
- 6° " 36 leggi che regolano prezzi e salari
- 7° " 4 leggi aggiuntive che regolano la proprietà degli schiavi.

Per comprendere il rigore nell'applicazione delle leggi basta leggere le seguenti proposizioni

- Se un awilum accusa un altro di averlo voluto uccidere e l'accusa non sarà comprovata, l'accusatore sarà morto.
- Se un awilum si presenta ad un processo e rende falsa testimonianza, in un processo di capitale, l'accusatore sarà condannato.
- Se un figlio picchia il padre gli taglieranno la mano.

Il medico era riconosciuto come professionista con libertà di trattare gli infermi, avendone un onorario. Si accompagna sovente con un sacerdote che praticava un esorcismo, convinto lui e il popolo che le malattie erano disgrazie mandate dagli dei e dagli astri. Le leggi che regolavano l'attività del medico erano avveniristiche perché per la prima volta nella storia si stabiliva la responsabilità civile e penale del medico.

- Se un medico esegue un'incisione difficile con un coltello di bronzo su un tumore che si è aperto nell'occhio e otterrà la guarigione avrà un onorario di 10 sicli d'argento
- Se si tratterà di un liberto avrà 5 sicli d'argento
- Se si tratta di uno schiavo avrà 2 sicli d'argento
- Se un medico fa una incisione difficile e causa la morte o se si apre un tumore di un occhio e si perde l'occhio gli si taglierà la mano
- Se un medico fa incisione difficile su uno "e" e ne causa la morte dovrà ricomprare al proprietario uno schiavo.
- Se invece opera l'occhio e questi lo perde dovrà pagare la metà del suo valore
- Se cura con successo la frattura di un osso o un muscolo dolente avrà 5 sicli d'argento
- Se è un liberto 3 sicli
- Se uno schiavo 2 sicli

Va sottolineato che la dizione legge del taglione non è originale del tempo mesopotamico ma posteriore del tempo romano e anche le attuali espressioni a riguardo esprimono la derivazione latina nella lingua, d'altra parte questo è espresso molto bene nella scheda settima della legge delle XII tavole: *"si membrum rupsit, ni cum eo pacit, talio esto."*

La legge del taglione può apparire truculenta ma il rinomato giudice Hermes Pinotti ritiene che va considerata una misura di dissuasione per il pregiudicato che ci pensa prima di arrivare all'omicidio, per l'autorità che si pone un limite alla pena. Nel tempo il codice di Hammurabi non ha perso di attualità, per la ricchezza e al varietà delle leggi tese a normare la vita sociale ed è stato fonte di studio per stuoli di giuristi. Una per tutte il codice stabiliva un salario minimo tutelato dallo stato, che oggi dove viene attuato lo si definisce una difficile conquista sociale; il codice ha avuto fama di crudeltà, ma ha anche aspetti umani come si può vedere nell'articolo 220 che ci riguarda come medici, dove si stabilisce l'istituto dell'indennizzo per il malato, anche questo solo da poco vigente nelle nostre società avanzate. Ad esempio è stabilito che se un medico danneggia irreparabilmente un occhio in corso di una operazione, dovrà risarcire il paziente con metà del denaro che avrebbe avuto come parcella. E nell'articolo 340, il barcone di una barca a remi che affonda una barca a vela dovrà risarcire il padrone della vela della barca perduta e del suo contenuto. Similmente per le lesioni corporali gli articoli 198, 199, e 201 prescrivono che se si produce una

lesione degli occhi o dei denti si dovrà pagare una mina o un terzo di mina. Il regno di Hammurabi è considerato il più importante dell'Impero babilonese. Come principe fu un grande guerriero, grande amministratore e legislatore. Il prof Altavilla, professore emerito di diritto, afferma che ci sono anche alcuni paragrafi che riconoscono l'esistenza di una legge non scritta, ma più potente del codice di pietra, che è la legge dell'amore impressa nell'anima e nel cuore di tutte le creature.



BRUXELLES IN LINEA CON QUANTO DA SEMPRE SOSTENUTO DA CAO NAZIONALE E PRINCIPALI SINDACATI DI CATEGORIA

DOTT. LORENZO OLIVIERI



Nell'ambito sanitario la legge vieta la pubblicità di tipo promozionale dei servizi e dei prodotti qualora inganni o suggestioni i pazienti e allo stesso tempo calpesti la dignità professionale dei medici:

questo concetto è stabilito dalla legge italiana (Legge 145-2018 comma 525) ed in questi giorni la **Commissione Europea lo ha fortemente ribadito**, in maniera altresì lapidaria, attraverso il Commissario Europeo al Mercato Interno Thierry Breton.

Ritorniamo ancora una volta su questo argomento perché le Commissioni Albo Odontoiatri di tutte le Province Italiane sono quotidianamente chiamate a pronunciarsi sulla congruità o meno di messaggi informativi dei propri iscritti: messaggi che viaggiano nelle forme più disparate e con contenuti estremamente diversificati e talvolta talmente suggestivi da sfociare nel "fiabesco", **ed il trend di questa aggressività promozionale sembra in continua crescita**, anche perché insito nella stessa natura di un marketing non etico e deontologicamente corretto.

Uno dei pochi **pilastri normativi** rimasti a **reggere l'urto di questo assalto** è appunto il **comma 525**, noto in ambito odontoiatrico come "**emendamento Boldi**": questo comma rafforza i vincoli informativi, prevedendo che **le comunicazioni pubblicitarie debbano contenere esclusivamente gli elementi funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, escludendo qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo.**

L'interpretazione di questo comma è stata sempre sotto pressione: l'ultima occasione in ordine temporale è stata nel 2021 quando fu proposto un emendamento ad una legge europea che avrebbe "spuntato" una delle poche armi a disposizione degli Ordini; anche **Andrea Senna**, Vice Presidente OMCeO Milano ha puntato il dito sul fatto che "**periodicamente vengono proposti emendamenti che cercano di eliminare questo divieto** introdotto per evitare che il cittadino-paziente venga condizionato, nella sua libera e ragionata scelta su

ciò che è bene per la sua salute, dalle logiche del libero mercato senza regole. Soprattutto **in campo odontoiatrico**, ben prima che entrasse in vigore la legge, abbiamo assistito a forme di pubblicità improprie che proponevano **messaggi commerciali stile discount, con sconti sulle prestazioni e offerte 3 x 2**".

Sempre l'OMCeO Milano torna sull'argomento nella persona del suo **Presidente Roberto Carlo Rossi** (che del testo dell'emendamento Boldi è stato tra i fautori): "quanto prescritto dalla normativa italiana, che abbiamo fortemente contribuito a proporre insieme alla Commissione Albo Odontoiatri (CAO) Nazionale e alle principali associazioni di categoria, Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) in particolare, **non lede il diritto alla concorrenza** e men che meno **vieta la pubblicità sanitaria** ma pone solo dei **limiti ben precisi** alla **pubblicità propagandistica, irrealistica e suggestiva**".

La **Commissione Europea nella Persona del Commissario Breton** ha sancito che la **legislazione nazionale, vietando nella sanità la pubblicità di tipo propagandistica, suggestiva e irrealista, e altresì autorizzando invece quella informativa, è compatibile con il diritto comunitario** dato che cerca di ottenere un obiettivo di pubblico interesse quale è la salute del cittadino. Essendo consentita la pubblicità informativa, **non viene infatti creato "un divieto assoluto di ogni tipo di pubblicità**, dato che non restringe la possibilità per le persone di portare avanti la loro attività, facendosi conoscere a potenziali nuovi clienti e promuovendo i servizi offerti".

Questa dichiarazione del Commissario Breton rientra nel **principio di libera concorrenza** dato che un divieto nella legislazione nazionale di pubblicità promozionale restringe la libertà di fornire servizi, ma lo amplia quando chiarisce che **il divieto "può essere permesso solo laddove persegua un obiettivo di pubblico interesse, sia appropriato per l'ottenimento di quell'obiettivo e non vada oltre ciò che è necessario per ottenerlo"**.

Infine conclude la Commissione **"il fatto che una normativa non abbia comportato un aumento dei procedimenti disciplinari in materia pubblicitaria, e non abbia comportato l'interruzione delle pratiche commerciali degli operatori sanitari, può suggerire che tale normativa sia sufficiente a garantire il raggiungimento del suo obiettivo**, e non va oltre quanto necessario per il raggiungimento dell'obiettivo perseguito"

Quanto **sancito** dalla Commissione **mette quindi la parola fine agli innumerevoli tentativi di trovare un vulnus formale nella legge italiana per presunta violazione delle normative europee sul libero mercato**, ma soprattutto **aiuta tutti noi a capire come vada intesa la pubblicità nel mondo sanitario**: la pubblicità promozionale di prodotti sanitari che inganna i pazienti promuovendo trattamenti non adatti e o non necessari può mettere a rischio la protezione della salute e compromettere la dignità dei professionisti sanitari, obiettivi questi ultimi di pubblico interesse.



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

Dal 1^o 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.

