



# Bollettino

01/2023

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

**È STATA CREATA LA PAGINA FACEBOOK  
DEL NOSTRO ORDINE PROFESSIONALE**

indice

- |    |  |
|----|--|
| 3  | RELAZIONE DELLA PRESIDENTE                           |
| 14 | RELAZIONE DEL TESORIERE                              |
| 17 | NEL MEZZO DEL CAMMIN DI NOSTRA VITA - EDITORIALE     |
| 24 | DIAGNOSI E VALUTAZIONE DELLA MALATTIA RENALE CRONICA |

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

## Sommario

- 3 RELAZIONE DELLA PRESIDENTE
- 14 RELAZIONE DEL TESORIERE
- 17 NEL MEZZO DEL CAMMIN DI NOSTRA  
VITA MI RITROVAI PER UNA SELVA  
OSCURA, CHÉ LA DIRITTA VIA ERA  
SMARRITA... RIFLESSIONI SULL'ESSERE  
MEDICO DI FIDUCIA
- 21 INTERVISTA AL DIRETTORE SANITARIO  
DELL'OSPEDALE DI FOLIGNO  
DOTT. MAURO ZAMPOLINI
- 24 DIAGNOSI E VALUTAZIONE DELLA  
MALATTIA RENALE CRONICA
- 30 ARRESTO CARDIACO EXTRA OSPEDALIERO  
DALLE ASSOCIAZIONI AL CENSIMENTO  
REGIONALE PASSANDO PER LA LEGGE 116
- 36 PUBBLICITÀ IN AMBITO SANITARIO

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  
Proff. Alberto Falorni

Dott. Igino Fusco Moffa  
Dott. Alfredo Notargiacomo  
Dott. Lorenzo Olivieri  
Dott.ssa Elisa Paccamiccio  
Dott. Marcello Paci  
Dott. Giuseppe Quintaliani

**Segretaria di redazione**  
Sig.ra Rita Micheletti

**Impaginazione e stampa**  
Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail:

presidente@ordinemediciperugia.it  
bollettino@ordinemediciperugia.it  
uffici@ordinemediciperugia.it  
odontoiatri@ordinemediciperugia.it

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

## RELAZIONE DELLA PRESIDENTE

DOTTORESSA VERENA DE ANGELIS



Il 18 dicembre 2022 presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Perugia (Dipartimento di Medicina) si è svolta l'annuale Assemblea Generale Ordinaria degli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri di Perugia.

Il Presidente ha aperto l'incontro porgendo un cordiale saluto tutti i presenti, in particolare ai giovani colleghi che si affacciavano all'Ordine per la prima volta, e ha ringraziato l'Università, nella figura del Professor Vincenzo Talesa, Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, per aver concesso per il secondo anno consecutivo l'Aula Magna per lo svolgimento dell'assemblea annuale al fine di garantire il rispetto delle regole anti-contagio in giorni particolari in cui si osservava un incremento dell'incidenza di nuovi casi COVID oltre che dell'influenza stagionale.

A seguire, il benaugurante saluto del prof. Talesa, che ha sottolineato come l'assemblea rappresenti, soprattutto per i giovani medici neo-iscritti all'Ordine, un momento di passaggio tra lo studio e la professione.

Prima di passare agli argomenti all'ordine del giorno, sono stati ricordati i 39 colleghi che ci hanno lasciato nell'ultimo anno. A loro, dopo averli ricordati per nome, l'assemblea ha dedicato un minuto di raccoglimento.

*Dott.ssa Berardi Carla, Prof. Berardi Fortunato, Dott. Bertini Giampiero, Dott.ssa Betti Giampaola, Prof. Boschetti Enrico, Dott. Brozzi Francesco, Dott.ssa Bruto Lidia Norma Sonia, Dott. Calabresi Fabio, Dott. Cecconi Sergio, Dott.ssa Celani Giovanna, Dott.ssa Cheli Anna, Dott. Coli Carlo Alberto, Dott. Cresta Vincenzo, Dott. Ehigiator Sunday Onawuye, Dott. Elia Carmine Antonio, Dott. Esposito Sergio, Prof. Falorni Adriano, Dott.ssa Fazzioli Oriana, Dott. Fiacca Claudio Ermenegildo, Dott.ssa Giuglietti Marta, Dott. Lindi Stefano, Dott. Liucci Roberto, Dott. Mancini Ugo, Dott.ssa Marchetti Ester, Dott. Marchetti Sergio, Dott.ssa Menghini Lucia, Dott. Nicosia Francesco, Dott. Odoardi Massimo, Dott. Pallone Vincenzo, Dott. Pannacci Paolo, Dott.ssa Penza Oronza*

*Concetta, Dott. Pimpinelli Gilberto, Dott. Rastelli Giorgio, Dott. Rialti Renato, Dott.ssa Salani Maria Grazia, Dott.ssa Scassellati Lisa, Dott. Simoncini Francesco, Dott.ssa Tizi Raffaella, Dott. Torretti Francesco*

Il Dottor Andrea Donati, tesoriere dell'Ordine, ha presentato per l'approvazione dell'Assemblea, il bilancio preventivo del 2023 già licenziato nell'ultima seduta del consiglio con l'approvazione del Presidente del Collegio dei Revisori, la dottoressa Pellicciari.

È così riassunta la **situazione degli albi al 18/12/2022**

- Iscritti Albo Medici Chirurghi N. 5552
- Iscritti Albo Odontoiatri N. 752
- Doppie iscrizioni N. 297
- Persone fisiche N. 6007 di cui 3358 uomini e donne 2649
- STP N. 11
- Nuovi iscritti dal 01/01/2022 al 18/12/2022
- Albo Medici Chirurghi 114 di cui 48 uomini e 66 donne
- Albo Odontoiatri 13 di cui 8 uomini e 5 donne

## RELAZIONE

Come ogni anno in questo periodo viene convocata l'Assemblea annuale che rappresenta un momento importante per la vita dell'Ordine. Nonostante possa sembrare un mero atto formale, in realtà questa consente di fare il punto delle attività e del cammino svolto e di osservare da una prospettiva complessiva gli obiettivi raggiunti. Durante il corso dell'anno, ci affrettiamo a risolvere i problemi che via via si presentano e a portare a termine gli adempimenti in scadenza, ma non ci fermiamo a riflettere sui risultati del nostro lavoro. Per questa ragione, prendersi un momento per fare un resoconto e per raccontare a tutta la nostra comunità di medici di riferimento quanto è stato realizzato durante l'anno solare, assume un rilievo unico.

Anche il 2022 è stato un anno intenso e difficile, l'attività degli uffici dell'Ordine, grazie alla disponibilità e alla abnegazione del personale (Milena, Rita, Sergio e Simone) non si è mai interrotta e anzi si è notevolmente accresciuta tanto da essere necessaria l'assunzione di una quinta unità, Antonella, che si è subito ben integrata con i colleghi.

Vorrei rivolgere un particolare riconoscimento a tutti componenti della commissione dell'Albo Odontoiatri per la loro attività e la straordinaria collaborazione e in particolare al dott. Antonio Montanari, Presidente della Commissione, sempre attento alle problematiche dei liberi professionisti e al Dottor Andrea Donati, nostro Tesoriere e sempre disponibile in ogni situazione.

Un caloroso ringraziamento va a tutti i Consiglieri del Direttivo, dell'Esecutivo e

del Collegio dei Revisori dei conti che hanno collaborato fattivamente nel corso dell'anno nell'ambito dei ruoli e dei compiti assegnati.

Le Commissioni, coordinate sempre da un consigliere dell'Ordine ma composte anche da tanti valevoli e volenterosi colleghi iscritti, continuano a rappresentare al meglio, ai decisori e alla società civile, la visione e le proposte della nostra comunità medica e odontoiatrica.

Oltre alle Commissioni c'è sempre lo storico sportello previdenziale ENPAM, curato dal Dottor Sabatino Orsini Federici, con la collaborazione dei dottori Claudia Giannoni e Pasquale Gallo, ed è stata rinnovata la convenzione con il Patronato EPACA, situato nello stesso stabile dell'Ordine.

Ricordo, inoltre, che l'attività dell'Ordine nel campo della formazione si avvale della collaborazione con l'Università di Perugia, sia con la convenzione per l'insegnamento della Medicina Generale che con quella per lo svolgimento del tirocinio attualmente quasi esclusivamente pre-abilitazione e della collaborazione con la Regione e la Scuola Regionale di Amministrazione Pubblica di Villa Umbra, per lo svolgimento del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale. Prosegue con successo e apprezzamento da parte dei liceali il Progetto di Biologia con Curvatura Biomedica.

Per quanto riguarda quest'ultimo, da quest'anno seguiremo il percorso di studenti liceali di alcune classi degli ultimi tre anni di 4 licei della provincia di Perugia, si è aggiunto infatti il liceo di Gubbio.

Un sentito ringraziamento va agli oltre 50 medici che si sono resi disponibili, **a titolo gratuito**, a fornire il loro tempo e le loro competenze nell'ambito del progetto. I corsi accreditati ECM realizzati grazie all'impegno della Commissione Formazione e tenuti nella sede dell'Ordine sono stati 10 nell'arco dell'anno 2022, riprendendo questa attività nel maggio scorso. Altri eventi interessanti si sono svolti nel corso dell'anno e ricordo in particolare

- Convegno su "La Donna Etrusca" organizzato dall'AMMI - Donne per la salute.
- Presentazione del Libro "Dottore ma è vero che?" da parte dell'autrice, dottoressa Roberta VILLA, in occasione delle giornate del giornalismo tenute a Perugia inizio aprile '22.
- Convegno su tema dell'Invecchiamento, all'interno di un progetto di *Medicus Gentile da Foligno*, tenuto a maggio '22 con la partecipazione della Professoressa Mecocci, Direttrice della Struttura Complessa di Geriatria - AO di Perugia, insieme al Dottor Filippo Anelli, Presidente FNOMCeO e il monsignor Paglia (con un collegamento da remoto).

Altri eventi che ci hanno coinvolto come Ordine all'esterno della nostra casa come la presentazione della riedizione del libro di Cesare Massari "Saggio storico- medico sulle pestilenze di Perugia" curata da Stefano Laureti. Libro scritto centocinquanta anni fa ma attuale per i temi trattati.

Il resoconto di quanto avvenuto nel corso dell'anno chiaramente prosegue. Per questo, occorre cominciare da uno degli impegni più gravosi affidati all'Ordine dal legislatore, che ha avuto dei riflessi problematici rilevanti e tuttora esistenti sull'attività successiva dell'ordine.

Si tratta della legge 172 del 26 novembre 2021, che ha investito gli ordini professionali a "controllori" dell'obbligo vaccinale dei professionisti sanitari, nel nostro caso medici e odontoiatri.

Il compito in sé poteva non essere di particolare complessità. In poche parole, quasi in chiave notarile, l'ordine ha verificato per ogni medico o odontoiatra che veniva segnalato dal Ministero della Salute tramite un flusso bisettimanale, se questo fosse effettivamente inadempiente o se sussistessero ragioni per le quali il sistema di tracciamento lo considerava tale, pur non essendo realmente così. Il caso più frequente è stato per es. "si era vaccinato in un'altra Regione e non c'era condivisione di dati".

Lo svolgimento di questa funzione affidata all'ordine è stato aggravato dal fatto che in un primo momento il sistema di rilevazione dell'inadempimento vaccinale era ad uno stato embrionale, spesso connotato da incongruenze interne e per nulla adeguato alle esigenze concrete che si stavano verificando. L'esempio più evidente di ciò, che tengo a rappresentarvi, è quello della possibilità di verificare lo stato vaccinale mediante la visione della cosiddetta anagrafe vaccinale. Tale possibilità, se da un lato ci veniva riconosciuta esplicitamente da una nota ministeriale, nei fatti ci veniva negata dalla nostra Regione per motivi di privacy, nonostante la tempestiva richiesta avanzata tramite PEC e riscontrata esclusivamente informalmente a mezzo telefono.

Se per altre Regioni questo processo è stato relativamente semplice, ritengo giusto che voi sappiate che per noi l'adempimento di questo compito ha richiesto degli sforzi maggiori, per i quali ringrazio tutto il Consiglio e lo staff, che si sono spesi in un periodo di grande incertezza, con grande senso di responsabilità.

Abbiamo deciso di inviare le lettere che ci veniva chiesto di recapitare a chi, sulla base dei dati a nostra disposizione risultava inadempiente, lettere che davano conto di tutte le ragioni per le quali erano state inviate e consentivano ai destinatari, in chiave collaborativa, di portare alla nostra conoscenza le informazioni che non avremmo altrimenti potuto conoscere.

Le prime lettere, obtorto collo, sono state inviate in gran numero (ben oltre cinquecento!) a ridosso del Natale, con tutti i disagi che derivano dal fatto di imporre ai propri iscritti l'onere di provare il proprio adempimento vaccinale in un periodo festivo e, per molti, di riposo dalla professione.

Per questa ragione forse, se da molti, consci forse delle difficoltà del momento, abbiamo ricevuto risposte cortesi e collaborative, da altri colleghi abbiamo purtroppo ricevuto insulti, anche gravi. Tengo per questo a ringraziare tutti coloro che, raggiunti dalla lettera per un errore dettato da inefficienze del sistema, si

sono mostrati cordiali e hanno scelto di cooperare, invece che di fare ostruzionismo fine a sé stesso.

In questo caso, e pongo l'attenzione su un aspetto che vorrei fosse un filo rosso del mio intervento odierno, la delusione maggiore è stata la percezione dell'avversione di alcuni colleghi nei nostri confronti, in quanto significativa di uno scollamento importante. In questa occasione è mancata, e me ne faccio un cruccio, la percezione del fatto che **“siamo tutti dalla stessa parte”**. Quest'Ordine, e tutti quelli d'Italia, lavorano per voi e al vostro fianco, cercando di farsi portatori delle istanze di tutta la categoria medica. Ogniqualevolta l'Ordine adotta un provvedimento, ancorché possa essere in ipotesi in contrasto con gli interessi di un singolo, lo fa esclusivamente nell'interesse della tutela della salute e del cittadino e della categoria intera e non sospinto da un ideale moralizzatore o da interessi di parte. **“Siamo tutti dalla stessa parte”**.

Tornerò più avanti su questo punto.

A queste prime lettere hanno fatto seguito vere e proprie “diffide”, che abbiamo inviato non in maniera arbitraria, ma in quanto tenuti dalla legge al ricorrere delle condizioni previste.

È opportuno dirvi che, in conclusione, i colleghi realmente non vaccinati e, per questo, legittimamente sospesi sono stati poco più di 30, vale a dire lo 0.6% dei nostri iscritti, pochi ma garbatamente rumorosi.

Qualcuno in più il numero dei colleghi che ha fruito di una esenzione, prevista, in astratto, per casi davvero limitati.

A mettere fine al nostro scomodo ruolo di controllori la legge del 30 ottobre u.s. che ha anticipato la fine dell'obbligo vaccinale in precedenza fissata al 31 dicembre. Ciò ha obbligato il Consiglio dell'Ordine ad una riunione straordinaria il 1° novembre per deliberare la revoca di tutte le sospensioni. Rinnovo in questa sede il ringraziamento a tutti i consiglieri e a maggior ragione agli impiegati che ci hanno aiutato in un giorno di festa.

Di ben altro rilievo, rispetto all'anticipazione della fine dell'obbligo, la decisione della Consulta che ha decretato la legittimità costituzionale dell'obbligo vaccinale, impedendo così l'esperimento di eventuali ricorsi. Ma cosa che a noi preme di più è il fatto che la consulta crede nella ragione della scienza.

Ma veniamo ad un tema che ci è più proprio, in considerazione del fatto che il principale ruolo dell'Ordine è vigilare sulla **tutela della Salute dei cittadini**.

Che la sanità sia in crisi non è una novità, è in crisi da tanto tempo. La progressiva riduzione delle risorse è significativa ma rappresenta soltanto uno dei fattori che hanno condotto ad una visibile compromissione del SSN.

Tra questi vorrei sottolinearne alcuni, in particolare, che hanno qualcosa in comune:

- la non sempre leale collaborazione delle Istituzioni: quante volte vorremmo essere “protetti” dai nostri datori di lavoro e dai decisori politici? Seppur i clinici abbiano come obiettivo della propria attività professionale la sa-

lute della collettività, al pari delle Istituzioni deputate alla gestione della cosa pubblica in ambito sanitario, troppe volte ci sentiamo dalla parte degli accusati. Tutto nasce da un'ineliminabile incomunicabilità tra professionisti diversi, che guardano al bene comune da prospettive differenti. Ciò che possiamo fare (e che possiamo, però, anche chiedere!) è di investire sulla comunicazione, sulla condivisione e sulla trasparenza delle decisioni. Conoscere il punto di vista altrui e aprirsi al confronto ci consente di mettere a fuoco gli obiettivi realmente comuni e di smussare i contrasti;

- in secondo luogo, le aspettative spesso irrealistiche e la calante fiducia nella categoria medica di cittadini e pazienti (Internet è un grande strumento ma ha dato l'illusione a tanti utenti non adeguatamente 'educati' di conoscere la medicina!). Anche nel rapporto con i destinatari dell'attività di cura, mi azzardo a dire che ciascuno di noi, vive delle difficoltà. Spesso siamo obiettivi di un immeritato atteggiamento di sospetto, che ci fa vivere una frattura con l'utenza. Ciò che ritengo debba essere fatto in positivo, e di cui intendo, insieme al Consiglio, farmi promotrice, è un'opera di diffusione di un messaggio: **"siamo tutti dalla stessa parte"**! Questa non vuole essere la strenua difesa di una singola categoria professionale, la nostra, ma una riflessione che si fonda su un dato di fatto: la salute dei pazienti e il buon andamento del sistema sanitario sono un obiettivo comune. Chiedere alle Istituzioni e alla cittadinanza di stare dalla nostra parte non vuol essere un egoistico tentativo di conservare uno status di privilegio, ma un invito a guardare al bene di tutti;
- Da ultimo, se come categoria intendiamo chiedere a chi si relaziona con noi una collaborazione in vista del bene comune, un prerequisito a ciò sta nel fatto di essere in grado di formare un "fronte comune" al nostro interno. Il terzo e ultimo aspetto critico che ritengo di portare alla vostra attenzione è la conflittualità che troppo spesso osserviamo nel rapporto tra colleghi, che inquina sia il fine stesso dell'attività di cura, sia l'immagine che della categoria medica diamo all'esterno.

L'ultimo tema su cui vorrei concentrare il mio intervento di oggi è il finanziamento pubblico della Sanità. Si tratta di una criticità esistente ovviamente già da prima della pandemia, che si accompagna al definanziamento avvenuto nel decennio 2010-2019, a cui ha fatto da contraltare l'ampliamento delle prestazioni e dei servizi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), privo però di un'adeguata copertura finanziaria.

Guardando quindi al decennio 2010-2019, potrebbe sembrare che dal 2020 si sia assistito formalmente a un cambio di tendenza rispetto alla stagione dei tagli alla sanità. In realtà, osservando con più attenzione, l'aumento delle risorse destinate alla sanità pubblica è stata imposta dall'emergenza pandemica e non ha comportato un aggiustamento strutturale del finanziamento. Questo dimostra che, a po-

chi mesi da una situazione di estrema criticità, si è già dimentichi dell'importanza dell'investimento in sanità. Il bisogno di cura, a fronte di un aumento generalizzato dei costi, è rimasto invariato e, anzi, richiede sempre maggiori investimenti per poter garantire alla cittadinanza una sanità pubblica competitiva e sempre aggiornata.

La spesa pubblica pro-capite destinata alla Sanità nel nostro Paese è ben al di sotto della media OCSE (\$ 3.052 vs \$ 3.488) e in Europa ci collochiamo al 16° posto: ben 15 Paesi investono di più in sanità, con un gap dai \$ 285 della Repubblica Ceca ai \$ 3.299 della Germania.

Per parlare di ciò che sta avvenendo nel nostro paese oggi, tengo a richiamare i contenuti che sono stati condivisi in occasione dell'assemblea annuale del 16 dicembre scorso della FNOMCeO, in cui si è parlato della **Grande Fuga dei medici italiani dalla sanità pubblica**.

Il numero di medici pro-capite in Italia è di superiore alla media europea. Però ... Nell'ultimo consiglio nazionale di FIMMG sono stati proiettati i dati relativi a i pensionamenti e i reintegri dei MMG negli ultimi tre anni con una uscita di circa 10000 MMG e un reintegro di meno di 3000. Questi due fattori, cioè la mancanza di investimenti e la mancanza di nuove "leve", sono i prodromi di un disastro annunciato, che nessuno sta nemmeno tentando di arginare.

I soldi impegnati in sanità, dobbiamo sempre ricordarlo, sono anche un investimento non solo una spesa!

Giovedì mattina, il 16 dicembre, sono scesi in piazza i sindacati dei medici dipendenti per contestare i tagli alla spesa in Sanità (non per dar luogo a una protesta nei confronti dell'attuale governo, considerato che la mala gestione della sanità pubblica è purtroppo attribuibile a tutti gli schieramenti in campo, ma per porre l'attenzione sulle nostre criticità).

E lo stesso giorno, per sottolineare tra le altre cose il caro bollette, le visite dei MMG sono state effettuate "a lume di candela".

Siamo stati felici dei riconoscimenti al personale medico tributati bipartisan dalle istituzioni durante e a seguito l'emergenza pandemica, ma non vogliamo essere dimenticati. Siamo consapevoli del fatto che il Paese si trova in una congiuntura economica molto critica, ma riteniamo che il corretto bilanciamento degli interessi in gioco richieda la devoluzione di ingenti investimenti nel settore sanitario. Il disagio dei medici è trasversale e interessa in modi diversi tutte le categorie di professionisti. Parlo di turni allungati, carenza di organico, burocrazia soffocante, scarso riconoscimento sociale ed economico, aggressioni, fisiche e psicologiche (la cronaca è ricca di episodi anche molto recenti avvenuti, tra l'altro, per motivi apparentemente futili). Tutto ciò rende impossibile dedicarsi ai pazienti con la dovuta serenità.

E questo malessere è trasversale a tutte le professioni sanitarie e dai dati che ci pervengono sempre più professionisti lasciano il Servizio sanitario nazionale,

scegliendo il privato, che riesce ad offrire migliori condizioni di lavoro e di vita, e/o addirittura l'estero o il prepensionamento.

Senza professionisti, il SSN rischia di scomparire. E, quel che è peggio, nessuno sembra accorgersene.

**Propongo a tutti voi un breve Video dal titolo "INVISIBILI"**, il nuovo spot della FNOMCeO che denuncia l'indifferenza della politica di fronte ai problemi del SSN (<https://www.youtube.com/watch?v=KUKMFZYMAJo>). Il video forse è un po' forte ma è efficace nel sottolineare quello che sentiamo.

L'assemblea è poi proseguita con la consegna delle medaglie ai Colleghi laureati nel 1972 che hanno festeggiato i cinquanta anni di laurea con una testimonianza di affetto, di riconoscenza e di stima nei confronti di ciascuno di loro.

*Prof. Altissimi Guido, Prof.ssa Angeletti Gabriella, Dott. Bacoccoli Alberto, Dott. Baffa Silvio, Dott.ssa Barone Francesca Paola, Dott. Bececco Diamante, Dott. Biagini Walter, Dott. Biancifiori Mario, Prof. Bolli Geremia Brunetto, Dott. Brachelente Tarcisio, Dott.ssa Campolo Gioia Maria, Dott. Checcaglini Franco, Dott.ssa Ciri Franca, Dott. Cocchieri Maurizio, Dott. Coppini Paolo, Dott. Curradi Ferruccio, Dott. De Angelis Pier Luigi, Dott. Di Biagio Giuseppe, Dott. Di Ceglie Domenico, Dott.ssa Di Giacomo Giovanna Rita, Dott. Giordano Giuseppe, Dott. Girdali Pietro, Dott.ssa Laurenzi Maria Assunta, Dott. Lepri Bruno, Dott. Liotta Luciano, Dott. Lucaccioni Fulvio, Dott. Luccioli Luigi, Dott.ssa Lupo Rosalba Gaetana Valeria, Dott. Mallozzi Ezzelino Fulvio, Dott. Manni Lucio, Dott.ssa Margiacchi Zaira, Dott. Mariotti Bianchi Carlo, Dott. Miele Gaetano, Dott. Mollaioli Maurizio, Dott. Morini Marcello, Prof. Noya Giuseppe, Dott. Orvieto Paolo, Dott. Ottaviani Claudio, Dott. Paci Marcello, Dott. Paolucci Paolo, Dott. Pellegrini Lucio, Dott.ssa Pezzanera Anna Maria, Dott. Picchioni Stefano, Dott. Pier-vittori Marco, Dott. Quarto Italo, Dott. Ritacco Giuseppe, Dott. Scardazza Alessandro, Dott. Scavizzi Franco, Dott. Sepioni Sergio, Dott. Sorcetti Marco Antonio, Dott. Stalteri Domenico, Dott. Tricoli Corrado*



L'iscrizione all'Ordine è un momento importante perché è un atto tutt'altro che formale: è essenziale per iniziare a lavorare, al pari del giuramento professionale, previsto dal Codice deontologico.

Sentirete spesso parlare della necessità di prendersi cura e di accompagnare il paziente nel suo percorso di cura; ebbene, in modo particolare il "prendersi cura" si basa non solo sulla professionalità, la competenza, il saper fare e l'utilizzo della tecnologia, ma è fatto anche di gesti, di atteggiamenti e di rispetto.

Il valore aggiunto che arricchisce la nostra professione, rendendola spesso meravigliosa e gratificante, è il rapporto con il nostro paziente. Come diceva Balint il nodo centrale dell'attività del medico è la sua relazione con il paziente che di per sé è terapeutica "il medico stesso è la prima medicina".

E mai come in questo caso è bene ricordare l'articolo 20 del nostro Codice deontologico: "il tempo della comunicazione è tempo di cura".

Occorre ricordare, inoltre, anche che il rapporto con tutti i colleghi – presidiato dal nostro codice deontologico all'art. 58 – deve realizzarsi nell'ottica della collaborazione e della condivisione di percorsi diagnostici e terapeutici, a tutto vantaggio non solo del cittadino, che è al centro del sistema, ma anche della nostra professione.

Un altro elemento cardine della professione è l'aggiornamento professionale, che va ben oltre l'acquisizione dei crediti Ecm.

Per tutti questi aspetti sappiate che l'Ordine sarà sempre a vostra disposizione per ogni dubbio o chiarimento.

Veniamo ai giovani colleghi premiati quest'anno:

Premi laurea Domenico Tazza Cesare Fiore: Dott.ssa Lucia Cicchi, Dott. De Caro Andrea, Dott. Tommaso Doanti, Dott. Emiliano Edoardo, Dott.ssa Gambini Claudia, Dott.ssa Pierini Caterina.

Premio laurea Luigi Balducci: Dott. Fabio Serpico, premio laurea Fabio Giaimo: Dott. De Caro Andrea





Al termine della giornata il momento più significativo e solenne dell'Assemblea: il Giuramento di Ippocrate (nella formulazione moderna), pronunciato dai giovani laureati neo-iscritti ai nostri Albi professionali di fronte alla comunità dei Medici e Odontoiatri e alla società civile, al termine del riconoscimento del cinquantesimo anniversario di laurea ai colleghi laureati nel 1972, come fosse un simbolico passaggio di consegne.

Il Giuramento è stato letto all'unisono, come lo scorso anno, da tutti i medici presenti in aula. In seguito, tutti i nuovi colleghi, chiamati uno ad uno per nome, hanno ritirato dalle mani del Presidente la pergamena con il giuramento di Ippo-

crate e quello più recente della Federazione Nazionale, il distintivo dell'ordine ed una penna USB contenente il Codice di Deontologia Medica, l'albo degli iscritti e un vademecum per la professione.



## RELAZIONE DEL TESORIERE

DOTT. ANDREA DONATI

Il 2022 è stato un anno complicato per l'economia.

Gli ultimi strascichi pandemici, la guerra russo-ucraina hanno favorito la crescita dell'inflazione come mai negli ultimi decenni, pesando significativamente sulle tasche degli italiani.

L'Ordine non ne è certo uscito immune: i costi, soprattutto ma non solo, inerenti le utenze ed i servizi, sono corposamente lievitati, inevitabilmente pesando sulle casse dell'ente. La nostra fortuna è, tuttavia, di poter disporre di un consistente **avanzo di amministrazione** (che, in maniera molto semplicistica, non è altro che ciò che resta nella differenza tra ciò che entra e ciò che esce nel nostro bilancio), accumulatosi in questi decenni di oculata amministrazione.

Tale capitale, non solo ci ha consentito di abbassare, negli anni, le quote di iscrizione, ma parimenti ci ha permesso di mantenerle inalterate per l'anno in corso, laddove la quasi totalità degli ordini provinciali in tutta Italia sono stati costretti ad un, a volte sensibile, ritocco al rialzo. Questa favorevole situazione, che ci vede di fatto come unico ordine, per quanto ci è dato sapere, con una **quota media al di sotto dei 100 Euro**, è purtroppo destinata a non ripetersi. Per tecnicismi francamente troppo rigidi, **il nostro avanzo di amministrazione non può né potrà essere utilizzato per le spese correnti ripetitive**. Non possiamo pertanto pagarci stipendi, utenze, gettoni, consulenze e quant'altro si ripete di anno in anno, con la conseguenza dunque che ci viene impedito di servircene proprio per quei capitoli di spesa, i cui incrementi sono stati, e saranno, significativi.

Ancora per quest'anno siamo riusciti a barcamenarci, producendo un bilancio preventivo che, nonostante il lievitare delle uscite, tecnicamente è riuscito a non doversi avvalere di incrementi di entrate.

In attesa del conto consuntivo 2022, che ci darà una forte indicazione in merito a quanto realmente successo nell'anno ormai concluso, le previsioni sono che, verosimilmente, saremo costretti ad intervenire sul fronte quote, al fine di contenere il peso delle sempre più importanti e galoppanti spese correnti.



## TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2022

SALDO C/C BANCARIO AL	25/11/2022	€	929.756,82
SALDO CASSA CONTANTI AL	25/11/2022	€	747,62
TOTALE DISPONIBILITA' AL	25/11/2022	€	930.504,44
+ ENTRATE PREVISTE FINO AL	31/12/2022	€	12.402,27
(Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip...)			
- SPESE PREVISTE FINO AL	31/12/2022	€	92.509,74
(Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13 <sup>^</sup> , Onorif. agli iscritti Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)			

**FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2022** € 850.396,97

## TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2023

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2022	€	850.396,97
+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2022	€	55.388,76
(Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)		
- RESIDUI PASSIVI PRESUNTI AL 31/12/2022	€	264.221,71
(Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino consulenze, consumi, proc. Informatiche...)		

**AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2023** € 641.564,02

L' Avanzo di Amministrazione presunto per il 2023 risulta così distribuito:		
Parte disponibile che si prevede di utilizzare per le Spese in c/Capitale	€	78.000,00
Parte disponibile che si prevede di utilizzare per le Altre Spese	€	70.000,00
Parte disponibile che non si prevede di utilizzare nell'esercizio 2023	€	493.564,02

**TOTALE PARTE DISPONIBILE AVANZO AMMINISTRAZIONE** € 641.564,02

## BILANCIO DI PREVISIONE 2023 (Competenza)

ENTRATE		COMPETENZA
Utilizzo dell'Avanzo di amministrazione presunto 2023	€	148.000,00
Entrate CONTRIBUTIVE	€	600.620,00
(Quote iscrizione anno 2023 e contr. c/FNOMCeO)		
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi contr. FNOMCeO e ENPAM)	€	62.300,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	€	0
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	€	0
Entrate per PARTITE GIRO (Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	€	128.000,00

**TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE** € 938.920,00

USCITE	COMPETENZA
Spese CORRENTI (Spese conv. Assemblea, ind. Cons., stipendi, cond., pulizia, energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze, Pres. Rev. Conti Ref. Trasnsiz. Al digitale, ass. e manut, proc. Info, macchine)	€ 732.920,00
Spese in CONTO CAPITALE (acquisto macchine e mobili, acquisto proc. Informatiche, accantonamento TFR)	€ 78.000,00
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	€ 0
Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. Comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	€ 128.000,00
<b>TOTALE GENERALE DELLE SPESE</b>	<b>€ 938.920,00</b>

### BILANCIO DI PREVISIONE 2023 (Cassa)

ENTRATE	CASSA
Utilizzo del Fondo iniziale di cassa presunto al 01/01/2023	€ 356.832,95
Entrate CONTRIBUTIVE	€ 622.950,00
Entrate DIVERSE	€ 83.300,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	€ 0
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	€ 0
Entrate per PARTITE GIRO	€ 140.058,76
<b>TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE</b>	<b>€ 1.203.141,71</b>

USCITE	CASSA
Spese CORRENTI	€ 837.588,10
Spese in CONTO CAPITALE	€ 161.013,51
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	€ 0
Spese per PARTITE DI GIRO	€ 144.540,10
<b>TOTALE GENERALE DELLE SPESE</b>	<b>€ 1.203.141,71</b>

NEL MEZZO DEL CAMMIN DI  
NOSTRA VITA MI RITROVAI PER  
UNA SELVA OSCURA, CHÉ LA  
DIRITTA VIA ERA SMARRITA...  
RIFLESSIONI SULL'ESSERE MEDICO  
DI FIDUCIA

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Che c'azzeccano i versi del sommo poeta con queste mie, forse stupide per qualcuno, riflessioni? Che valore possono avere? Forse nessun valore in considerazione che io, poi, non sono più proprio nel mezzo della mia vita, ma purtroppo verso la fine e se considero quella professionale, oramai, questa è quasi finita del tutto. Ma questa notte ho avuto un incubo. Ho sognato che venivo rincorso in un bosco fitto dai miei pazienti che mi volevano malmenare. Perché? Dicevano che li avevo traditi. In che modo? Cerco di correre e fuggire, ma invano, infatti una volta raggiunto e circondato, sono stato costretto in ginocchio e uno dei più esagitati, che non sono stato in grado di riconoscere, mi ha intimato di fare insieme a loro un audit su quello che era stato il mio comportamento lungo la mia vita professionale. Qualcuno mi ha letto il giuramento di Ippocrate e si è soffermato soprattutto su: "esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento" e "di promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione". Così ha iniziato la sua arringa colui che di fatto aveva il ruolo di Pubblico Ministero: "Allora doc! Come valuta il suo comportamento rispetto a questi enunciati? Come ritiene che sia cambiato il suo modo di agire e di pensare durante la sua carriera ed attività professionale? Vede! All'inizio tutti i medici sono ligi e rispettosi di questo giuramento e, a dir del vero, sulla maggior parte dei punti restano fedeli, ma sul condizionamento delle proprie scelte terapeutiche e diagnostiche siamo proprio sicuri? Soprattutto in merito al reciproco rispetto e sulla natura del rapporto medico paziente crede che questo sia rimasto lo stesso da quando ha iniziato a lavorare ad ora? Non crede che soprattutto la diffusione di certe idee di cui lei è stato un convinto sostenitore e promotore come presidente di società scientifica e dirigente sindacale abbiano alla fin fine minato il vero rapporto che un medico personale, il proprio medico di fiducia di tutta la famiglia dovrebbe avere? Vede doc, quando un paziente sceglie il proprio medico lo fa perché è convinto che questo poi faccia esclusivamente il





proprio interesse. Non gradisce che ci siano terzi che dettino regole o disposizioni che nulla hanno da vedere con il reciproco rapporto. Altra esigenza è quella di una relazione unica ed irripetibile basata sulla comunicazione fra il paziente e colui che lo prende in cura senza ostacoli e mediazioni soprattutto strutturali.” Ho ascoltato in silenzio ed ho cercato di ribattere. “ Io ho sempre cercato di essere corretto e leale, mi sono sempre mosso per poter dare il meglio della professione e proprio per questo ho sacrificato tanto tempo che potevo dedicare al riposo o alla famiglia in attività di società scientifica e sindacato. Ho iniziato a lavorare nel 1978 che è stato l’ultimo anno della mutua del medico Terzilli , sì, quel medico tanto ridicolizzato nei film di Alberto Sordi e mi sono sforzato per dare una dignità di disciplina medica alla medicina della mutua, che nell’occasione dell’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ha cambiato anche il nome con Medicina Generale.

Insieme ad altri colleghi con tanto entusiasmo ci siamo rimboccati le maniche e da quella che era la nostra pratica quotidiana abbiamo costruito la teoria confrontandoci soprattutto con il Servizio Sanitario del Regno Unito in cui i medici di medicina generale avevano da tempo un ruolo ben definito ed una tradizione impensabile in Italia. Di errori ne avremo fatti senza dubbio molti, però ci siamo dati da fare. Abbiamo puntato sull'informatica nei nostri ambulatori perché era chiaro come stava evolvendo il mondo e la ricetta rossa, nella versione a modulo continuo per stampanti, è stata sperimentata in anteprima nazionale da sette medici ed io ero fra costoro. Sacrificando domeniche, recandoci presso la sede dell'Ordine dei Medici della provincia di Firenze abbiamo inventato il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. Abbiamo puntato poi, capendo che la figura del medico isolato era perdente, sulle aggregazioni dei medici di famiglia: medicine di gruppo prima e AFT (aggregazione funzionale territoriale) dopo. L'Umbria è la regione a più alto tasso di informatizzazione e di medicine di gruppo in Italia e è stata la prima ad aver istituito le AFT già nel 2017. Mi sono sempre adoperato insieme ad altri colleghi a vedere, anzi a prevedere sempre gli scenari che si prospettavano nella nostra politica professionale." "Previsioni azzeccate secondo il suo intendimento, doc" ha ribattuto il Pubblico Ministero" Ma non certo dal punto di vista nostro se mette in conto il prezzo che noi pazienti abbiamo dovuto pagare e quello che dovremo ancora pagare per questi cambiamenti. Mi spiego meglio. Tutti con l'avvento del SSN come previsto dalla legge 833/78 abbiamo sperato in una medicina equa, universalistica, di prossimità e incentrata sul paziente ma è durata poco in quanto nel '92 si è dovuto riformare introducendo l'annosa questione della aziendalizzazione della sanità. Avete permesso di trasformare l'assistenza in un costo e avete permesso anche di tagliare posti letto agli ospedali, di introdurre il concetto di budget, di rispetto di tetti di spesa. Quante volte, caro doc, le sue ricette di farmaci hanno risposto solo al criterio di scienza e coscienza senza il dubbio che motivi di risparmio abbiano avuto il loro peso? Lei mentre parlava di appropriatezza, di rispetto di linee guida, di medicina basata sull'evidenza, di percorsi diagnostici terapeutici non ha mai pensato che al malato tutti questi argomenti potrebbero risultare di poca importanza in quanto malato da tutelare e curare a 360gradi? Perché l'obiettivo principale per la medicina generale, da lei propugnato, era quello di omogeneizzare e uniformare i comportamenti dei medici quando ogni paziente ha la propria specificità, soggettività e necessità? Lei pensa che la broncopolmonite di Luigi debba essere curata come quella di Antonio? Lo capisce il perché molti pazienti si rivolgono alla medicina alternativa, perché proliferano tanti sciamani e santoni?" Sentivo l'angoscia crescere sempre più, non tanto per l'eventuale pena che avrei dovuto patire, ma perché sentivo mettere in dubbio tutti valori professionali in cui avevo fermamente creduto e per i quali avevo lottato contro la resistenza al cambiamento e lo scetticismo da parte di tanti miei colleghi. Era come se dopo ogni accusa che veniva mossa, quello che io pensavo fosse il mio in Sé si trasfor-

masse in una maschera di pirandelliana memoria. Quindi in qualcosa di falso, di non vero. “ Ma come!” ribattevo” vogliamo mettere in discussione la scienza? La sostenibilità di tutto il sistema sanitario? Non capite che tali scelte venivano fatte in funzione del vostro bene?” Non c’è però argomento per chi non vuole intendere e il Pubblico Ministero ha proseguito la sua arringa. “ Quello che non possiamo più sopportare però è come con lo scorrere del tempo e degli Accordi Collettivi Nazionali ( convenzioni) la figura del medico di famiglia come colui che si prende cura in modo globale del paziente abbia sempre più abdicato verso la creazione di un rapporto non più medico paziente ma di un rapporto multiforme. Medico di fiducia affiancato dalla guardia medica, dal medico di AFT, dai vari specialisti che sempre più vivono il territorio: palliativisti, geriatri, diabetologi e via dicendo. Ma il peggio forse è dietro l’angolo. Come andrà a finire quando saranno attive le Case di Comunità come previste dal DM77? Non sarà che il rapporto medico paziente verrà sostituito dal rapporto struttura-paziente? Quindi in previsione di ciò non possiamo fare a meno di condannarla e in quanto traditore sarà trafitto nel ghiaccio.....” Incubo o c’è qualche fondamento di verità?



## INTERVISTA AL DIRETTORE SANITARIO DELL'OSPEDALE DI FOLIGNO DOTT. MAURO ZAMPOLINI

A cura di MASSIMO SORBO



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

Siamo appena usciti da oltre due anni di difficoltà che hanno notevolmente compromesso un sistema sanitario già in crisi. In questo contesto, desidero ringraziare tutti gli operatori sanitari che si sono dedicati con impegno durante quei momenti difficili. Preferisco non parlare di eccellenze, poiché ogni sistema, compreso quello ospedaliero, dipende dall'interdipendenza delle attività dei singoli reparti, dalla qualità dei servizi di supporto e dalla collaborazione interna alla struttura. Per essere obiettivi, potremmo considerare i dati del programma nazionale Esiti dell'Agenas, che evidenziano l'ospedale di Foligno come dotato di uno standard molto elevato per la cardiologia, oltre a ottime performance nella chirurgia toracica, oncologica, generale, in ginecologia e neurologia. Tuttavia, questi dati sono parziali, in quanto non valutano intere aree dell'ospedale, come la medicina, i servizi diagnostici e altre specialità. Non si può non menzionare l'importanza che l'ospedale di Trevi (parte integrante dell'ospedale di Foligno) ha storicamente avuto e continua ad avere, rappresentando una qualità riconosciuta anche a livello nazionale. Inoltre, più recentemente, la riabilitazione di Trevi è stata integrata dal reparto di neuroriabilitazione dell'ospedale di Foligno, che sta dando ottime performance. L'ospedale di Foligno, quindi, non rappresenta isole di eccellenza, ma un ospedale che, nonostante le difficoltà, mantiene una buona qualità e ha ampie potenzialità di sviluppo. In pratica, nell'ospedale di Foligno, sono presenti tutte le fasi della cura necessarie, dalla diagnosi alla terapia fino alla riabilitazione.

Tuttavia, il futuro dell'ospedale di Foligno è legato al progetto di forte integrazione con l'ospedale di Spoleto, che darà luogo al terzo polo ospedaliero regionale. Il progetto è già delineato su uno schema generale, che prevede l'ospedale di Fo-



ligno principalmente focalizzato sulle condizioni di acuzie e l'ospedale di Spoleto incentrato sulle condizioni di cronicità. Tale progetto non mira a ridurre i servizi, bensì a valorizzare le specifiche peculiarità dei due ospedali, in un'organizzazione di forte integrazione. L'obiettivo finale è avere una rete ospedaliera di eccellenza in Umbria, integrata senza sovrapposizioni e in stretta collaborazione, da sviluppare sull'innovazione.

**Nel rispetto del nuovo PSR, ritiene che l'Ospedale di Foligno potrà sviluppare ulteriori progetti di miglioramento dell'assistenza al cittadino/utente ? e se sì, in quali?**

I cittadini sono inquieti per il futuro dell'ospedale e gli indicatori sensibili dell'assistenza sanitaria non alleviano le loro preoccupazioni. Le preoccupazioni principali riguardano le lunghe attese per le visite e le operazioni chirurgiche. Questo è un problema che si estende oltre i confini regionali e nazionali e richiede soluzioni immediate. Nonostante la domanda crescente di servizi sanitari da parte dei pazienti, la disponibilità di tali servizi non è aumentata proporzionalmente, generando tempi di attesa incompatibili con il necessario livello di cura. E' necessario lavorare duramente sulla tematica dell'appropriatezza delle cure, dando la priorità alle emergenze, implementando un sistema automatico di gestione delle patologie croniche e delle prestazioni complessive, superando così la logica delle liste d'attesa. In pratica, i centri per la gestione delle patologie croniche dovrebbero prevedere un follow-up accurato, oltre alla gestione diretta di eventuali complicanze della malattia, tramite l'adozione estesa di un sistema di prenotazione di secondo livello.

Il problema delle lunghe liste operatorie è il risultato di due fattori. In primo luogo, è il risultato dell'accumulo di interventi chirurgici rimandati durante l'epide-

mia di COVID-19. In secondo luogo, è il risultato del crescente afflusso di pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera, in particolare pazienti anziani e affetti da patologie croniche. Questo ha portato alla saturazione delle strutture chirurgiche e alla riduzione del numero di interventi chirurgici possibili. La gestione di questo problema è una priorità assoluta e deve essere affrontata insieme al territorio, perché i due aspetti sono interconnessi.

**Nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, quale è la situazione attuale nei rapporti con il Distretto di Foligno e quali percorsi ritiene possano essere attivati o migliorati riguardo in particolare all'assistenza al paziente con patologia cronica non trasmissibile secondo le linee del Piano Nazionale delle Cronicità recepite dalla Regione Umbria?**

La gestione della cronicità rappresenta una sfida cruciale per il funzionamento efficiente dell'ospedale, in quanto l'afflusso eccessivo di pazienti cronici può gravare notevolmente sulle risorse sanitarie disponibili. Nonostante ciò, la visione prestazionale che ancora domina l'organizzazione sanitaria non rappresenta la soluzione ideale per affrontare questa problematica, in quanto l'accesso alle prestazioni per i pazienti cronici può spesso essere problematico e poco efficiente. La lista d'attesa per le visite specialistiche o per gli interventi chirurgici, infatti, può portare i pazienti a dover viaggiare per l'intera regione in cerca di cure.

Per questo motivo, è necessario adottare un'organizzazione diversa che permetta di gestire automaticamente tutte le conseguenze della malattia cronica, ad esempio attraverso l'implementazione di agende di secondo livello che consentono di prenotare in anticipo tutte le visite successive. Inoltre, è fondamentale sviluppare un sistema efficiente di medicina digitale e telemedicina che consenta di prendersi cura dei pazienti a distanza, instaurando un contatto diretto tra medici e pazienti e garantendo una continuità di cura tra ospedale e territorio.

Per potenziare la connessione tra la medicina ospedaliera e territoriale, è necessario incentivare una collaborazione bidirezionale tra medici specialisti (ospedalieri e territoriali) e medici di medicina generale. In questo senso, la telemedicina rappresenta una risorsa preziosa per facilitare la condivisione delle informazioni sullo stato di salute dei pazienti e per favorire una gestione più efficace della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Per raggiungere questi obiettivi, è necessario cambiare il paradigma organizzativo, sfruttando al massimo le potenzialità offerte dalla tecnologia digitale e dalla telemedicina. Inoltre, è fondamentale potenziare l'organizzazione distrettuale attraverso l'implementazione di case della salute e case della comunità, dove i medici di medicina generale possano svolgere le loro attività cliniche e diventare dei veri e propri punti di riferimento per la cura dei pazienti. In questo modo, sarà possibile garantire un'assistenza sanitaria di qualità a tutti i cittadini, senza lasciare indietro nessuno.

## DIAGNOSI E VALUTAZIONE DELLA MALATTIA RENALE CRONICA

PROF. GIUSEPPE QUINTALIANI, Componente gruppo LG della Società Italiana di Nefrologia, Professore a Contratto "Master nutrizione e dietetica in nefrologia" Pisa, e Unitelma Sapienza Roma

PROF. GIANPAOLO REBOLDI, Professore di Nefrologia, Università di Perugia; Direttore del Centro Studi della Società Italiana di Nefrologia



### Introduzione

La malattia renale cronica (MRC) è una patologia cronica ad andamento progressivo, definita come "una condizione di alterata funzione renale che persiste per più di 3 mesi".

La MRC colpisce, a livello mondiale, circa il 10% della popolazione generale e rappresenta l'ottava causa di anni di vita persi per mortalità/disabilità. In Italia la MRC (tutti gli stadi, Figura 1) ha una prevalenza del 6-7% nella popolazione generale, mentre per gli stadi avanzati (stadi 3-5, insufficienza renale cronica IRC, Figura 1) la prevalenza è di circa il 3%<sup>1</sup>. Tuttavia, dobbiamo ricordare che queste stime potrebbero essere condizionate da un problema di sotto-diagnosi. Infatti, in molti casi la malattia non viene riconosciuta, come testimoniano le stime ottenute in pazienti ambulatoriali e/o ospedalizzati, nei quali la diagnosi di MRC è codificata solo nel 20-25% dei casi. Ogni anno in Italia oltre 8.000 pazienti con MRC iniziano la dialisi ed annualmente circa 45.000 pazienti vengono sottoposti a trattamento dialitico extracorporeo o peritoneale. Utilizzando il rapporto tra casi incidenti e prevalenti, si evince agevolmente la ridotta probabilità di sopravvivenza di questi pazienti. Oltre ai "costi" in termini di qualità di vita senza disabilità e speranza di vita del paziente, la MRC induce costi per il sistema socio-sanitario assai elevati. I dati della regione Toscana stimano un costo diretto per il trattamento "conservativo" non dialitico di circa 8.000 euro annui per paziente. Il costo della dialisi risulta decisamente più elevato come documentato dai dati CENSIS, che stimano un costo diretto di circa 50.000 Euro annui per ogni un paziente in dialisi extracorporea.

1 Luca De Nicola, Chiara Donfrancesco, Roberto Minutolo, Cinzia Lo Noce, Luigi Palmieri, Amalia De Curtis, Licia Iacoviello, Carmine Zoccali, Loreto Gesualdo, Giuseppe Conte, Diego Vanuzzo, Simona Giampaoli, on behalf of the ANMCO-SIN Research Group, Prevalence and cardiovascular risk profile of chronic kidney disease in Italy: results of the 2008-12 National Health Examination Survey, *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 30, Issue 5, May 2015, Pages 806-814, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu383>

Considerata l'elevata morbilità, mortalità e le frequenti comorbidità, possiamo affermare che la MRC rappresenta una malattia di interesse multidisciplinare, che coinvolge non solo i medici nefrologi, ma richiede l'azione sinergica dei medici di medicina generale e di numerose categorie di medici specialisti. Inoltre, in virtù della sua rilevanza nell'ambito dei "non communicable diseases", secondo la OMS la MRC costituisce un obiettivo di primario interesse per la sanità pubblica, essendo direttamente associata a ben noti fattori di rischio, quali il diabete, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, l'obesità e l'abitudine al fumo.

La MRC si configura dunque come patologia diffusa, spesso diagnosticata tardivamente, con un notevole impatto sulla spesa sanitaria, ed un effetto negativo sulla qualità di vita del paziente e della sua famiglia, in particolare negli stadi avanzati che richiedano terapia sostitutiva.

Sulla base di queste considerazioni appare opportuno condividere un percorso diagnostico e terapeutico che permetta l'identificazione della MRC fino dai primi stadi, al fine di avviare precocemente, attraverso azioni sinergiche, il paziente all'attenzione dello specialista nefrologo. Solo attraverso un percorso proattivo di "early referral" si potrà raggiungere l'obiettivo della diagnosi precoce ed iniziare una gestione condivisa della MRC, coerente con i percorsi di intervento raccomandati dalle linee guida e sostenuti da solide evidenze di beneficio sia sugli esiti che sui costi socio-sanitari.

### **La diagnosi corretta di malattia renale cronica**

La diagnosi di MRC è relativamente semplice ed agevole in termini di risorse impegnate, ma piuttosto complessa in fase di definizione eziologica. Infatti, la prima diagnosi e l'inquadramento epidemiologico della MRC vengono effettuati con la determinazione della creatininemia e con l'esame delle urine. Dalla creatinina si può stimare la velocità di filtrazione glomerulare (eVFG o eGFR) per evidenziare l'eventuale danno funzionale, mentre dall'esame urine si può valutare la presenza di un danno o anomalia strutturale. Questi semplici ed ampiamente disponibili esami di laboratorio, consentono di valutare la presenza di un danno funzionale e/o strutturale che, se confermato a distanza di almeno 3 mesi, confermano la diagnosi di MRC.

La stima della eVFG si basa sull'utilizzo di moderne formule matematiche derivate da studi di popolazione che consentono, partendo da dati di laboratorio ed anagrafici, di derivare la funzione renale standardizzata per una superficie corporea di 1.73m<sup>2</sup>. Oggigiorno, la formula raccomandata per la stima della funzione renale nella popolazione adulta è la CKD-EPI, che richiede poche informazioni: il valore di creatininemia (determinata con metodi allineati con lo standard internazionale IDMS – Isotope Dilution Mass Spectrometry), l'età ed il genere del paziente. È utile ricordare che nella versione più recente e validata (CKD-EPI 2021) della formula, non è più necessaria la correzione per razza precedentemente prevista. Per il laboratorio, che utilizza la versione aggiornata della formula CKD-EPI, è

sufficiente conoscere il valore di creatinina ed il codice sanitario del paziente (disponibile al momento della accettazione del campione) per includere nel referto il valore di eFVG indipendentemente dalla razza del paziente. Qualora il laboratorio non abbia ancora implementato il calcolo automatico secondo la versione più recente della CKD-EPI, sarà necessario provvedere alla correzione della eFVG moltiplicando il valore ottenuto per un coefficiente specifico per razza (informazione non derivabile dal codice sanitario del paziente).

In base alla eFVG, la MRC è definita in stadi progressivi di severità del danno funzionale articolato 5 classi principali articolate da G1 a G5 con la classe G3 divisa in nelle sottoclassi G3A e G3B (Vedi Figura 1). Tuttavia, oltre al danno funzionale, per una corretta diagnosi e stratificazione prognostica della MRC, è necessaria la valutazione del danno strutturale. Per la diagnosi precoce di danno strutturale, in particolare quando siano presenti condizioni quali il diabete e/o l'ipertensione, è raccomandata la determinazione della escrezione urinaria di albumina (UAE). La UAE può essere determinata con varie metodiche di laboratorio e riportata con diverse unità di misura, ma al fine di una corretta ed appropriata stratificazione diagnostica e prognostica è ormai consolidato e raccomandato il calcolo del rapporto albuminuria/creatininuria (ACR in mg/g) su campione delle prime urine del mattino. La stretta relazione tra l'incremento anche modesto o moderato di UAE/ACR e la progressione della MRC oltre al suo significato prognostico sia renale che cardiovascolare, ha portato alla definizione di tre classi da A1, A2, A3, rappresentate nelle colonne della figura 1. È importante ribadire che per questo esame NON È NECESARIA la raccolta urinaria delle 24 ore. Basta un campione della prima urina del mattino, come per un semplice esame chimico-fisico delle urine. Seppur validato ai fini epidemiologici, diagnostici e prognostici, la determinazione della UAE su campione "spot" del primo mattino non risponde alla piena caratterizzazione del danno strutturale in particolare quando marcatamente severo (oltre 300 mg/g ACR). In queste condizioni è necessaria una determinazione della proteinuria delle 24 ore.

Le attuali evidenze scientifiche, le linee guida e la letteratura scientifica non raccomandano formalmente uno screening della MRC per l'intera popolazione, bensì consigliano di effettuarlo in specifiche categorie a rischio, come ad esempio gli adulti oltre i 65 anni, i diabetici, gli ipertesi, i cardiopatici, i pazienti con malattie infiammatorie sistemiche o ematologiche, ed i soggetti con storia familiare di nefropatia. Tuttavia, alla luce del "disease burden" attribuibile alla MRC, sarebbe auspicabile giungere ad una stima più accurata della prevalenza di MRC nella popolazione generale. In tal senso recenti evidenze scientifiche e documenti di consenso suggeriscono una strategia di "early-detection", che consiste, ove sostenibile, nell'aggiunta "opportunistica" di creatininemia (con eFVG) ed albuminuria ad esami previsti per altri motivi, ovvero nell'aggregare dati laboratoristici e sanitari ottenuti da fonti ed indagini diverse ma previste per la tutela della salute (ad esempio Legge 626).

Abbiamo già ricordato che la diagnosi di MRC viene definita come “una condizione di danno renale funzionale w/o strutturale che persiste per più di 3 mesi”. Ne risulta quindi che la conferma diagnostica deve essere effettuata dopo 3 mesi dalla prima indagine.

PROGNOSI DELLA MRC IN BASE ALLA VFG E ALLA ALBUMINURIA						
Prognosi della MRC in base alla VFG e alla albuminuria: Categorie KDIGO 2012				Albuminuria persistente (categorie)		
				Descrizione e range		
				A1	A2	A3
				Da normale a lievemente aumentata	Moderatamente aumentata	Severamente aumentata
				< 30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg
				< 3 mg/mmol	3-30 mg/mmol	>30 mg/mmol
Categorie di VFG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) Descrizione e range	G 1	Normale o elevata	> 90			
	G 2	Lieve compromissione	60-89			
	G 3a	Da lieve a moderata	45-59			
	G 3b	Da moderata a severamente ridotta	30-44			
	G 4	Severamente ridotta	15-29			
	G 5	Insufficienza renale terminale	<15			

- Verde: basso rischio (in assenza di altri marker di malattia renale e no CKD);
- Giallo: rischio moderatamente aumentato;
- Arancione: rischio elevato;
- Rosso: rischio molto elevato.

Figura 1

## Quando inviare un paziente al nefrologo.

La natura progressiva ed evolutiva e la frequente paucità di sintomi specifici nelle fasi iniziali della MRC, richiedono un’attenta valutazione della storia clinica e laboratoristica del paziente in esame. Un’accurata anamnesi, la presenza di significative comorbidità, ed una valutazione comparativa di esami del passato consentono spesso di datare l’esordio e quindi la velocità di progressione della malattia. Questo semplice parametro consente di classificare i pazienti in fast ( $\rightarrow$ 5 ml/min/anno) o slow-progressor ( $\nless$  5 ml/min/anno) che potremmo definire come categorie a rischio di progressione rispettivamente elevato o moderato. Per meglio in-

quadrare il tasso di progressione, dobbiamo ricordare che, indicativamente, negli adulti dopo i 25-30 anni di età si osserva un declino “para-fisiologico” di 0,8/1 mL/min/anno<sup>2</sup>. Perciò, anche un incremento del tasso di progressione non marcatamente elevato che si riscontri in un arco temporale relativamente ristretto (ad esempio un decremento di eVFG → 15% in 3 mesi) o la presenza di anomalie urinarie persistenti è meritevole di opportuno approfondimento specialistico. Tenuto conto di quanto detto, ed in accordo con le raccomandazioni della Società Italiana di Nefrologia (SIN) le indicazioni circa l’invio paziente al nefrologo possono essere così riassunte:

Quando **inviare** al nefrologo:

1. Pazienti con primo riscontro di eVFG <30 mL/min/1.73m<sup>2</sup>.
2. Pazienti con eVFG 30-60 mL/min/1.73m<sup>2</sup> e almeno una delle seguenti condizioni:
  - α. diabete mellito
  - β. progressivo peggioramento della funzionalità renale in tempi brevi (riduzione del eVFG > 15% in 3 mesi)
  - χ. età <70 aa
3. Pazienti con anomalie urinarie persistenti (es. proteinuria isolata o associata a microematuria) e i diabetici con microalbuminuria.
4. Pazienti con alterazioni all’imaging renale (in particolare per pazienti con diabete, ipertensione, malattie CV e/o con quadro rapidamente evolutivo delle alterazioni funzionali)

Quando **NON** inviare al nefrologo

1. le persone anziane (età > 70 anni) con la sola riduzione del VFG (< 80 mL/min/1.73m<sup>2</sup>) e senza altre anomalie urinarie o senza alterazioni morfologiche/strutturali dei reni, o altri fattori di rischio. Questi soggetti non hanno necessariamente una Malattia Renale Cronica; in questi casi la riduzione del VFG può riflettere il declino della funzione renale legato all’età, di cui occorre tenere conto soprattutto nella prescrizione di farmaci per non creare sovradosaggi ed effetti tossici. Qualora si riscontri per la prima volta una riduzione del VFG stimato e/o un’alterazione della micro albuminuria, o della proteinuria o del rapporto albuminuria/creatinuria, è opportuno ricontrollare tale dato nell’arco di circa 3 mesi
2. Le persone con ipotrofia-agenesia renale e con eVFG >60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>, senza anomalie urinarie e senza altri fattori di rischio. Anche in questo caso occorre tenere presente la condizione di rene unico soprattutto nella prescrizione di farmaci

2 Alfano G, Fontana F, Mori G, Magistroni R, Cappelli G. [The definition of chronic kidney disease in a context of aging population]. G Ital Nefrol. 2020 Aug 11;37(4):2020-vol4.

In deroga a quanto raccomandato, qualora il curante ritenga comunque opportuno inviare in paziente al nefrologo sarebbe auspicabile che il paziente abbia a disposizione:

1. Sintesi clinica ed esami degli anni precedenti
2. Esami emato-biochimici: emocromo con formula e reticolociti, VES, PCR, sideremia, transferrina (TIBC), ferritina, urea, creatinina, uricemia, sodio, potassio, calcemia, fosforemia, glicemia, assetto lipidico, elettroforesi delle proteine del siero;
3. Esame urine standard con analisi del sedimento; rapporto albuminuria/creatininuria o proteinuria/creatininuria sul campione delle prime urine del mattino
4. Nei diabetici: Hb glicata e dati automonitoraggio glicemico
5. Negli ipertesi: valori di PA o diario pressorio a domicilio
6. Terapia farmacologica che il paziente assume abitualmente
7. Ecografia renale, se disponibile (il referto di questo esame prima della visita non è necessariamente un pre-requisito)

La disponibilità di queste informazioni permette al Nefrologo un primo inquadramento ed una strutturazione del percorso volto a definire le cause di nefropatia e le possibili linee di intervento, follow-up e presa in carico. In particolare, lo specialista nefrologo, in base agli elementi acquisiti durante la visita, deciderà se è necessario completare l'inquadramento con successivi esami, che potrebbero comprendere anche una fase di ricovero, per definire l'eziologia della patologia (es. biopsia renale). Infine, stabilirà se la patologia richiede una maggiore o minore presa in carico da parte dello specialista e la periodicità dei controlli successivi.



## ARRESTO CARDIACO EXTRA OSPEDALIERO DALLE ASSOCIAZIONI AL CENSIMENTO REGIONALE PASSANDO PER LA LEGGE 116

**DOTT. SARA MANDORLA**

Coordinatrice delle Associazioni di Volontariato Umbre a  
Tutela di Pazienti con Malattie Cardiovascolari



La morte improvvisa (MI) cardiaca è un evento inatteso che può avvenire, in meno di un'ora e senza segni precoci, in persone con una patologia cardiaca nota ma stabile, o in persone

con un problema cardiaco preesistente ma misconosciuto; nel 75% dei casi è dovuta a un'aritmia ipercinetica, quale la tachicardia ventricolare/fibrillazione ventricolare (TV/FV), nel 20% dei casi a un'aritmia ipocinetica, nel restante 5% a una dissociazione elettromeccanica.

Nel mondo occidentale la sua epidemiologia è strettamente correlata alla malattia coronarica (75-80%), seguita, in età avanzata, da valvulopatie e scompenso cardiaco; l'arresto cardiaco esordisce come prima manifestazione di una malattia coronarica nel 50% dei casi; la ridotta mortalità per malattia coronarica aumenta il rischio di arresto cardiaco nel follow-up successivo. L'incidenza di arresto cardiaco è molto bassa nell'infanzia (1evento/100.000 persone/anno; è di circa 50 eventi/100.000 persone/anno nella 5a-6a decade di vita ed è di circa 200 eventi/100.000 persone/anno nell'8a decade di vita. Nei soggetti giovani prevalgono canalopatie, miocardiopatie, miocarditi. Una piccola percentuale è legata ad altre patologie come embolia polmonare, stroke, insufficienza respiratoria, abuso di stupefacenti. Si stima che in Europa il 10-20% di tutte le morti sia dovuta a MI cardiaca e che approssimativamente circa 300.000 persone/anno siano trattate dall'emergenza sanitaria per arresto cardiaco extraospedaliero (1).

Per l'Italia i dati epidemiologici sono scarsi e poco aggiornati: da lavori eseguiti negli anni '90 (2) risultava circa 1 evento ogni 1.000 abitanti. Da studi più recenti emerge che: a) sono registrati circa il 33% degli eventi e il restante 67% non è censito (3); b) c'è una scarsa partecipazione italiana a survey europee relative a soccorritori volontari per la gestione di un arresto cardiaco (Fig. 1) (4); c) la percentuale di sopravvivenza dopo arresto cardiaco è del 9%, tra le più basse in Europa (Fig. 2) (5).



La Mozione 386 del 27/07/20 dell'Assemblea legislativa dell'Umbria raccoglie le richieste delle nostre Associazioni per l'attivazione della Cardiologia Riabilitativa, e impegna la Giunta Regionale anche "a svolgere un'indagine conoscitiva e una mappatura sui defibrillatori esistenti sul territorio regionale al fine di individuare le eventuali criticità e per porre in essere le misure necessarie per superare le stesse". Le nostre Associazioni hanno partecipato a tale indagine conoscitiva, da cui sono emerse varie criticità (elencate nel documento inviato all'Assessore Luca Coletto), tra cui: mancata registrazione alla CO118 e geolocalizzazione dei DAE; mancanza di un responsabile del dispositivo e della sua manutenzione e funzionamento; accesso al DAE non indicato o non chiaramente indicato.

(<https://www.facebook.com/coordinamentoumbriacuore/>).

Dopo qualche mese dalla nostra indagine è stata approvata a livello nazionale la legge 116 del 4 agosto 2021, entrata in vigore il 28/08/21: "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici". La finalità è favorire la diffusione e l'uso dei DAE nella pubblica amministrazione, nelle scuole di ogni ordine e grado, nelle università e nei trasporti. La legge definisce inoltre le modalità di registrazione e comunicazione alla CO 118 dei DAE acquistati precedentemente alla sua entrata in vigore e già collocati e quelle relative ai DAE acquistati successivamente (6).

Sono da segnalare, sinteticamente (e non sempre letteralmente prese dal testo), novità importanti introdotte dalla Legge 116 relative alla diffusione e uso del defibrillatore:

**Art 3:** “L’uso del defibrillatore semiautomatico o automatico è consentito anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare. In assenza di personale sanitario o non sanitario formato, nei casi di sospetto arresto cardiaco è comunque consentito l’uso del defibrillatore semiautomatico o automatico anche a chi non sia in possesso dei requisiti di cui al primo periodo. Si applica l’articolo 54 del codice penale [Non è punibile....] a colui che, non essendo in possesso dei predetti requisiti, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco, utilizza un defibrillatore o procede alla rianimazione cardiopolmonare”.

**Art 7:** “**entro 120 giorni** dalla data di entrata in vigore della presente legge ... sono stabilite le modalità operative per la realizzazione e l’adozione di un’applicazione mobile integrata con i servizi delle centrali operative del sistema di emergenza sanitaria «118» per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE più vicini al luogo ove si sia verificata l’emergenza. I soccorritori, reclutabili attraverso l’applicazione di cui al presente comma, sono individuati tra quelli registrati su base volontaria negli archivi informatici della centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» territorialmente competente”.

Inoltre “**a decorrere dal novantesimo giorno** successivo alla data di entrata in vigore della presente legge le centrali operative del sistema di emergenza sanitaria «118» sono tenute a fornire durante le chiamate di emergenza, secondo un protocollo definito e standardizzato predisposto dal Ministero della salute, le istruzioni da seguire, in attesa dell’arrivo dei mezzi di soccorso, per le manovre di rianimazione cardiopolmonare di base e per l’uso del DAE nonché, ove possibile, le indicazioni utili a localizzare il DAE più vicino al luogo ove si sia verificata l’emergenza”.

Infine va ricordato l’**articolo 5** dedicato alle scuole di ogni ordine e grado come sedi ideali per la conoscenza e formazione in relazione alle tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e all’uso del DAE.

**Art 5:** “Le iniziative di formazione ... devono comprendere anche le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base, uso del defibrillatore semiautomatico e automatico esterno e la disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo. Nell’organizzazione delle iniziative di formazione devono essere adottate speciali misure di attenzione nei confronti degli studenti, in modo da tenere conto della sensibilità connessa all’età. Le predette iniziative sono estese al personale docente e al personale amministrativo, tecnico e ausiliario.”

Inoltre “ogni scuola, nell’ambito della propria autonomia, il giorno 16 ottobre, in concomitanza con la «Giornata mondiale della rianimazione cardiopolmonare», può altresì dedicare iniziative specifiche di informazione all’arresto cardiaco e alle conseguenti azioni di primo soccorso, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.”

Le Associazioni del Cuore il 16 ottobre 2022 hanno organizzato la giornata di



formazione nelle scuole e per le scuole di Gubbio, Gualdo Tadino, Perugia, Foligno e Terni. Hanno partecipato vari istituti, istruttori, responsabili del 118, medici, istituzioni politiche e sponsor in tutta la regione.

(<https://www.facebook.com/coordinamentoumbriacuore/>).

La legge 116 chiede un cambiamento culturale e la Delibera della Giunta Regionale N. 735 del 19/07/2022 ha fatto proprie le sue indicazioni, le disposizioni e l'obbligo di comunicazione dei DAE alla centrale operativa unica regionale del sistema di emergenza sanitaria "118" (COUR 118). Infine, va segnalato che è in III Commissione consiliare la proposta di legge regionale Fioroni che, partendo dalla Mozione 386 e ricalcando le raccomandazioni precedentemente indicate, fissa la cornice per una programmazione completa della gestione dell'emergenza extraospedaliera. Da qui la possibilità di trarre anche statistiche epidemiologiche regionali sull'arresto cardiaco extraospedaliero dai dati registrati dalla COUR 118. È stato attivato dalla Regione il censimento del DAE nei 92 Comuni dell'Umbria attraverso l'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani), i cui dati sono stati inviati alla COUR 118. È un primo passo. Si vedrà come procedere per i comuni che non hanno risposto, per i comuni che hanno risposto e non hanno DAE nel loro territorio, per i DAE presenti nel territorio di cui non sono a conoscenza né i Comuni, né la COUR 118. Inoltre deve essere ancora realizzata e attivata la APP prevista entro 120 giorni dalla entrata in vigore della legge 116. È necessario infine promuovere una campagna di formazione del personale laico, in particolare di quello che opera nelle sedi della pubblica amministrazione e nelle scuole.

L'arresto cardiaco non è prevedibile e il DAE è riconosciuto come l'unico salvavita. Da un punto di vista legislativo ora disponiamo di delibere regionali, di una legge nazionale, di una proposta di legge regionale in III Commissione. Ci aspettiamo il completamento del censimento, l'attivazione dell'APP, la messa a punto della rete dell'arresto cardiaco, una campagna di formazione del personale, il resoconto annuale dei dati epidemiologici del territorio e, infine, nel medio termine, la modifica di quei dati italiani non esaltanti riportati nelle figure allegate al testo.

### *Bibliografia essenziale:*

- 1- Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M, et al. ESC 2022 (ACEO) 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *European Heart Journal* (2022) 00, 1–130. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>
- 2- Chambless L, Keil U, Dobson A, et al. Population versus clinical view of case fatality from acute coronary heart disease: results from the WHO MONICA Project 1985-1990. *Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease. Circulation* 1997; 96: 3849-59.
- 3- Grieco NB. Focus On... Arresto Cardiaco Extra Ospedaliero. Congresso Nazionale ANMCO, 19-21 maggio 2022.
- 4- Oving I, de Graaf C, Masterson S, et al. European first responder systems and differences in return of spontaneous circulation and survival after out-of-hospital cardiac arrest: A study of registry cohorts. *Lancet Reg Health Eur.* 2020 Nov 20;1:100004.
- 5- Gräsner J-T, Wnent J, Herlitz J, et al. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe - Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation* 2020; Mar 1;148: 218-26.
- 6- GU 13.08. 2021: LEGGE 4 agosto 2021, n. 116. Serie generale 193. Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semi-automatici e automatici.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/08/13/21G00126/sg>



Fig 1. Stati e regioni che hanno partecipato all'indagine conoscitiva europea relativa a First Responders (rete di soccorritori volontari nella gestione dell'arresto cardiaco).

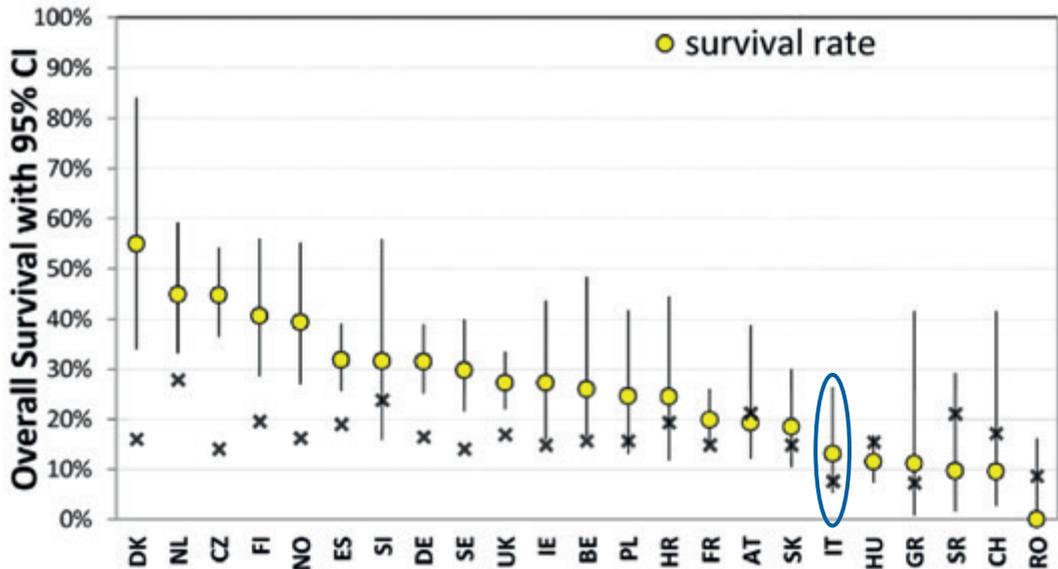


Fig 2. Percentuale di sopravvivenza dopo arresto cardiaco valutata in Europa. La percentuale per l'Italia è indicata dall'ellisse

## PUBBLICITÀ IN AMBITO SANITARIO

DOTT. LORENZO OLIVIERI

Cari Colleghi, in questo numero del bollettino torniamo a parlare di **pubblicità in ambito sanitario**.

Vogliamo portare alla vostra attenzione **un importante documento che elenca**

**nella maniera più chiara ed esaustiva possibile le linee guida** da seguire nel momento in cui decidete di **fare pubblicità**: è utile sia a voi direttamente, sia alle agenzie di pubblicità che potreste ingaggiare.

È un documento **da tempo presente nel sito del nostro Ordine di Perugia** che ora si è cercato di rendere quanto più completo ed esaustivo. Per trovarlo basta accedere a [www.ordinemediciperugia.it](http://www.ordinemediciperugia.it) quindi nella sezione "PROFESSIONE" – "PROFESSIONE MEDICA" – "PUBBLICITA' SANITARIA".

Abbiamo voluto anche **inserirlo e ribadirlo qua nel Bollettino** con la speranza che arrivi quanto più capillarmente a tutti: come ricordava il Presidente CAO dr Montanari Antonio, "la netta maggioranza di Voi fa informazione pubblicitaria della propria attività, in forma estremamente corretta ed in linea con Leggi e Codice Deontologico (o non la fa affatto), ma stiamo assistendo ad una sgradevole recrudescenza di alcune forme di pubblicità, molto più adeguate ad un hard discount o ad una fiera paesana, che di sicuro non hanno nulla a che vedere con il DECORO e la DIGNITA' della PROFESSIONE MEDICA".

Stiamo cercando di impostare un nuovo modus operandi per la CAO in materia di pubblicità sanitaria: **suggerire delle indicazioni quanto più chiare a priori che limitino il controllo a posteriori**. Il controllo a posteriori, anche se efficace e tempestivo, ha dei tempi molto più lunghi rispetto alla velocità con cui nascono i messaggi pubblicitari. Tra tutti i messaggi quelli che violano quanto stabilito dalla legge rischiano di avere una lunga finestra temporale e quindi una lunga "vetrina espositiva", con un rischio di effetto emulazione (se lui sì perché io no?!) che può portare l'intera categoria verso una deprecabile deriva. Per fortuna **si tratta ancora solo di episodi isolati**, con questo documento vogliamo aiutare quanto più tutti i Colleghi prevenendo le situazioni "colpose", e isolando quelle "preterin-



*tenzionali” o peggio ancora “volontarie”: d’ora in avanti, la Commissione Albo Odontoiatri OMCEO PG non potrà più prendere in considerazione, viste le ripetute e puntuali indicazioni, eventuali giustificazioni sulla loro carente conoscenza.*

## **COSA PUÒ CONTENERE E COME DEVE ESSERE L'INFORMAZIONE SANITARIA**

### **COSA PUO'CONTENERE**

- Titoli professionali e specializzazioni
- Informazioni sull'attività professionale
- Caratteristiche del servizio offerto – struttura dello studio
- Onorario delle prestazioni, alle condizioni di seguito illustrate
- Nessuna notizia su avanzamenti nella ricerca e su innovazioni non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico

### **COME DEVE ESSERE**

- Veritiera
- Trasparente
- Corretta
- Funzionale all'oggetto, evitando, cioè, immagini o concetti che nulla hanno a che fare con l'odontoiatria
- Non promozionale
- Non suggestiva
- Non equivoca
- Non ingannevole
- Non denigratoria

## **GLOSSARIO**

### **MESSAGGIO PROMOZIONALE**

Qualunque forma di pubblicità commerciale finalizzata a potenziare la “vendita” di un servizio (nel caso specifico la prestazione sanitaria, medica e odontoiatrica) oppure diretta ad acquisire un rapporto di clientela. Tale forma di pubblicità è **esplicitamente vietata** perché diretta ad incrementare la “vendita” di un prodotto

quindi, nel nostro caso, nella promozione della prestazione sanitaria con finalità esclusivamente commerciali (esempi di promozione sono gli sconti, le offerte speciali, l'utilizzo di testimonial, l'organizzazione e partecipazione ad eventi privi di carattere scientifico, campioni gratuiti, offerte on-line). Qualsiasi prestazione professionale offerta in carenza di una preliminare visita diagnostica configura messaggio promozionale e quindi vietato.

### **MESSAGGIO SUGGESTIVO**

È un messaggio di natura persuasiva mediante il quale il cittadino, in assenza di razionale e libera scelta, viene indotto ad una convinzione, pensiero o comportamento sulla base di un inconsapevole condizionamento di tipo psicologico ed emotivo. Allo stesso modo, sono vietati messaggi in grado di creare suggestioni, illusioni, aspettative facili, false, spesso impossibili. Sono pertanto vietate espressioni del tipo "garantito a vita", quando riferite a prestazioni professionali.

### **INFORMAZIONE TRASPARENTE**

È la comunicazione che risulta assolutamente chiara e palese e non induce il cittadino a credere ad aspetti della prestazione professionale non comprovati o comprovabili. A titolo esemplificativo si può menzionare l'utilizzo improprio di termini non conformi alla norma autorizzativa.

### **INFORMAZIONE VERITIERA**

È la comunicazione che corrisponde alla realtà in maniera dimostrabile. A titolo esemplificativo possono indicarsi come non veritiere, **quindi assolutamente vietate**, quelle comunicazioni in riferimento al possesso di diplomi di specializzazione mai acquisiti o il possesso di specializzazioni non esistenti a livello accademico. Esempio: specialista in implantologia o specialista in protesi.

### **INFORMAZIONE CORRETTA**

È la comunicazione che risulta in linea con i principi specificati nella normativa di legge e nel Codice Deontologico. Non lo è la forma di pubblicità informativa che, essendo priva di contenuti relativi all'attività professionale, risulta lesiva del decoro e della dignità della professione.

### **INFORMAZIONE FUNZIONALE ALL'OGGETTO**

È la comunicazione che, in tema di trattamenti sanitari, deve riguardare esclusivamente l'oggetto dell'informazione, senza sconfinare in aspetti che non siano direttamente attinenti allo stesso.

A titolo esemplificativo non risultano funzionali all'oggetto messaggi pubblicitari che utilizzano slogan o immagini che non hanno nulla a che vedere con la professione odontoiatrica.

### **INFORMAZIONE EQUIVOCA**

È il messaggio che può essere inteso in modi differenti, con caratteristiche di ambiguità, finalizzato a fornire un'informazione non chiara al fine di confondere il paziente.



### **INFORMAZIONE INGANNEVOLE**

È finalizzata a indurre in errore il paziente mediante un messaggio fuorviante, falsato e distorto al fine di condizionarne la scelta.

Tipico esempio di pubblicità ingannevole in questo campo è la promessa di interventi atti a risolvere patologie senza basarsi su evidenze scientifiche comprovate o la pubblicità mascherata con articoli all'apparenza scientifici o divulgativi.

Altro esempio: indicazione della singola rata, in assenza dell'onorario complessivo e/o della durata del finanziamento, al fine di condizionare la consapevolezza del paziente.

### **INFORMAZIONE DENIGRATORIA**

È quella diretta a screditare o sminuire l'opera professionale di un collega o di una struttura allo scopo di promuovere la propria attività. Rientra in questo generico divieto anche la cosiddetta pubblicità comparativa volta a paragonare la propria attività con quella di altri studi o di altre strutture. A questo riguardo rimangono valide le disposizioni dell'art. 56 del codice di Deontologia Medica.

## **CONTENUTI**

### **ATTIVITA' PROFESSIONALE – CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO - STRUTTURA DELLO STUDIO**

Le informazioni consentite sull'attività professionale riguardano le specifiche relative alle prestazioni svolte con l'indicazione dell'operatore che le esegue.

Le caratteristiche del servizio offerto devono indicare in modo obiettivo l'offerta professionale che il professionista o la struttura sono in grado di proporre e di realizzare. È possibile, ad esempio, menzionare nella comunicazione le branche praticate (implantologia, protesi, altro), anche con una breve descrizione. La struttura (caratteristiche strutturali) dello studio può essere oggetto del messaggio dell'informazione sanitaria purché le indicazioni siano obiettive e verificabili.

## SPECIFICAZIONE DEI TITOLI E SPECIALIZZAZIONI PROFESSIONALI POSSEDUTE

I titoli e le specializzazioni professionali posseduti devono avere carattere accademico e devono essere riconosciute dallo Stato. Possono essere oggetto dell'informazione anche i master ed i corsi di perfezionamento purché siano dimostrabili mediante certificazione dell'autorità che li ha emanati e/o riconosciuti dallo Stato. Tale documentazione va presentata, se richiesta all'Ordine, in originale o in copia conforme, ovvero in regime di autodichiarazione (ex art. 46 D.P.R. 445/2000 e smi). In particolare per i seguenti titoli valgono le indicazioni:

- **Odontoiatra/Medico Odontoiatra:** la dizione del titolo può essere indifferentemente utilizzata dai laureati in odontoiatria;
- **Specialista/Specialisti:** la dizione deve essere riservata esclusivamente a coloro in possesso di titolo di specializzazione, riconosciuta dallo Stato Italiano;
- **Polispecialistico:** usabile solo se in presenza di più sanitari specialisti, nella stessa o in diverse branche;
- **Professore (Prof):** può essere utilizzato solo da chi ha titolo. I professori a contratto dovranno utilizzare la corretta ed intera dizione dell'incarico (es. Prof. a c. presso l'Università di Perugia)."

Va **evitato** il termine **"esperto in"**, generalmente auto attribuito, mentre è **consentito "con esperienza in"**, laddove dimostrabile.

## COMPENSI

Le informazioni sui compensi applicati sono vietate esclusivamente qualora il messaggio contenga solo l'indicazione di specifici onorari o venga presentato con modalità oltremodo prevalente rispetto agli altri elementi informativi consentiti. Il compenso deve indicare l'importo complessivo, allo scopo di consentire al cittadino la conoscenza dell'onere totale a suo carico in merito alla terapia proposta. **È vietata la frase "a partire da"**. Sono vietate espressioni non chiare e prive di logica, quali "costa solo un'ora del tuo tempo".

## CASISTICA PIÙ FREQUENTE

### PRESTAZIONI PARTICOLARI

In caso di particolari prestazioni, non sempre praticabili, come ad es. "carico immediato", "denti fissi in 24 ore", "all on 4", impianti zigomatici ecc., ma anche di un singolo impianto (impossibile ad es. in grave osteoporosi o atrofia ossea), **va sempre inserita, in chiara evidenza, una frase** del tipo: "Previa accurata visita medica e qualora le condizioni anatomo-cliniche lo consentano", o "in pazienti idonei, previa accurata visita medica".

### PRESTAZIONE GRATUITA

Il professionista può sempre prestare gratuitamente la propria opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela (art. 54 ultimo comma del Codice di Deontologia

medica). Deve essere chiaro che la prestazione gratuita e formule equivalenti (es. visita senza impegno) non possono essere assolutamente pubblicizzate in forma individuale.

Fanno eccezione campagne di prevenzione, a carattere nazionale, con libere adesioni personali senza fini di lucro.

### **VISITA ODONTOIATRICA**

La visita in odontoiatria deve essere considerata una fase di fondamentale importanza nell'iter diagnostico-terapeutico. Pertanto, pubblicizzarne la gratuità o riferirla ad un impegno economico o ad un preventivo-spesa (ad es. "visita senza impegno", "preventivo gratuito" o "preventivo senza impegno") risulta elemento di fatto promozionale e quindi vietato.

### **OPEN DAY**

È consentito, purché limitato a presentare l'attività e i servizi offerti, senza pubblicizzazione di marchi o aziende.

### **MARCHI COMMERCIALI**

(es. marchi di impianti, marchi elettromedicali, metodiche ortodontiche) In ogni caso vietati. Fanno eccezione campagne di prevenzione, a carattere nazionale, con libere adesioni personali senza fini di lucro.

### **ALLINEATORI ORTODONTICI**

È vietato utilizzare il termine "INVISIBILE", consentito "TRASPARENTE"

### **BANCHETTI/VOLANTINAGGIO**

La diffusione del messaggio informativo con tali mezzi è consentito purché il carattere informativo del messaggio sia chiaramente prominente e siano esclusi tutti quegli elementi suggestivi e promozionali che trasformerebbero l'iniziativa in una campagna commerciale (sconti, offerte speciali, condizioni particolari per gruppi di persone, ecc.).

### **CLINICA**

Il sostantivo "clinica" come nome comune o all'interno della denominazione dell'attività (ove non già autorizzato delle Regione Umbria) è letteralmente utilizzabile solo nelle dizioni riconosciute dalla lingua italiana, ovvero solo nel caso in cui vi siano posti di degenza o per realtà alle strette dipendenze universitarie.

### **CENTRO**

Il sostantivo "centro" come nome comune o all'interno della denominazione dell'attività (ove non già autorizzato delle Regione Umbria) utilizzabile solo ove vige una sostanziale complessità strutturale, tecnologica ed organizzativa (e sicuramente polidisciplinare) e che abbia come oggetto precipuo dell'attività il sostantivo che segue la parola centro (es. Centro di terapia del dolore).

### **DATI SENSIBILI**

Dal momento che tutti i dati sensibili, comprese impronte e radiografie, sono di proprietà del paziente, sono vietate espressioni quali "radiografie ad uso interno".

## INDOLORE, SENZA DOLORE

Riferito a prestazioni invasive, in particolare chirurgiche. La dizione presuppone una garanzia che ha poco senso se riferita all'immediato (si spera sia pleonastica) mentre non può essere condizione certa nel postintervento. La dizione assume quindi valenza eminentemente suggestiva e quindi non consentita.

## SLOGAN

Lo slogan è da considerarsi sicuramente artificio suggestivo e promozionale, che nulla di inerente all'informazione aggiunge, per cui il suo uso deve essere ritenuto improprio.

## NUMERI

Qualsiasi numero inserito (ad es. anni di esperienza, numero di pazienti, numero di casi) è consentito solo nel caso in cui si possa dare **prova inequivocabilmente certa**, se richiesta, che quei numeri corrispondano a dati oggettivi e dimostrabili.

## TESTIMONIAL

Per testimonial e da intendersi

- personaggi noti la cui immagine viene associata purchessia all'attività sanitaria o al professionista, a titolo oneroso o gratuito
- personaggi non noti che fattivamente promuovono una attività o un professionista a titolo oneroso o gratuito, in ciò includendo anche la propria paziente.

**L'uso di testimonial è vietato.**

Sono consentite soltanto immagini di pazienti in studio, esclusivamente nell'ambito di una ampia descrizione della propria attività.

## RECENSIONI

La pubblicazione di recensioni di pazienti è consentita solo in contesti in cui l'utente entra attivamente e di sua volontà, quali un sito personale, pagina Facebook, ecc...

**Sono viceversa vietate in contesti in cui il fruitore si imbatte passivamente quali inserzioni Facebook a pagamento o pagine "sponsorizzate".**

Le recensioni presenti non potranno essere frutto di una preventiva selezione (sia in numero che in contenuti), ma andranno riportate integralmente (direttamente o tramite link dedicato), **nel rispetto delle norme inerenti alla privacy**. Non potranno in nessun caso inserirsi solo recensioni scelte a campione.

## PREZZI

Pur non esistendo al momento vincoli sulle tariffe applicate, il prezzo pubblicizzato per le prestazioni odontoiatriche non potrà essere eccessivamente "basso", tanto da considerarla di fatto prestazione assimilabile a prestazione gratuita (e quindi non pubblicizzabile). **In ogni caso il prezzo della prestazione non potrà essere inferiore ai costi sostenuti per la sua effettuazione.** Ove si pubblicizzino prestazioni che richiedono più passaggi (quali ad es. un impianto con corona) il prezzo non potrà essere solo riferito ad una parte (ad es. costo dell'impianto), ma

essere omnicomprensivo di tutti gli onorari per giungere al termine della prestazione. Ove i materiali di una prestazione incidano sul costo della stessa essi vanno indicati (es. corona in lega vile o nobile / ceramica, o corona in zirconia).

**“A partire da...” è una locuzione vietata.**

### **VENDITA DI PRESTAZIONI A PACCHETTI TRAMITE CANALI INTERNET DEDICATI ALLA VENDITA DI BENI E SERVIZI A PREZZI SCONTATI**

La vendita di prestazioni tramite canali internet, quali ad esempio gruppi di acquisto, che non siano prestazioni base (prima visita) sono vietate, perché non erogabili se non dietro esame diagnostico. La medesima vendita di prestazioni di base tramite canali internet a prezzi iperscontati o comunque significativamente bassi (in ciò tenendo conto anche del fatto che il costo pubblicizzato, tra l'altro, solo in parte sarà corrisposto al professionista) non è consentita, per quanto già detto in precedenza.

### **PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI SU RIVISTE DIVULGATIVE**

La pubblicazione di articoli scientifici o divulgativi su riviste o siti generalisti è in ogni caso consentita, purché la pubblicazione non contenga riferimenti pubblicitari espliciti per la propria attività, quali indirizzi, recapiti, nominativi della attività, ecc. (pubblicità mascherata). Nel caso si volesse nel contempo abbinare all'articolo contenuti di carattere pubblicitario per la propria persona/attività, **ciò è consentito purché se ne dia chiaro avviso ed indicazione al lettore**, inserendo diciture tipo “questo articolo contiene informazioni pubblicitarie” in caratteri chiaramente leggibili ed in posizioni facilmente fruibili.

## **CONCLUSIONI**

I contenuti e le caratteristiche del messaggio informativo consentito vanno riferiti a tutte le **modalità di diffusione**: audiovisivi, cartellonistica, affissioni, social media e web, siti liberamente accessibili al pubblico, inserzioni, volantini, ecc.

S'intende che, come già detto, il presente documento è dichiaratamente ed oggettivamente **suscettibile di aggiornamenti e perfezionamenti**.





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

Dal 1<sup>^</sup> 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.

