



Bollettino

02/2023

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

Convocazione Assemblea
Ordinaria annuale degli Iscritti
DOMENICA
17 DICEMBRE 2023

indice

3 | INVECCHIARE IN SALUTE

9 | L'ILLUSIONE DELLA EBM

16 | INTERVISTA AL
PROFESSOR TALESA

33 | ODONTOIATRIA PUBBLICA

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

Sommario

- 3 INVECCHIARE IN SALUTE:
FRA RETORICA E REALTÀ
- 9 L'ILLUSIONE DELLA EVIDENCE BASED
MEDICINE.
- 16 INTERVISTA A
VINCENZO NICOLA TALESA
- 19 CONVOCAZIONE ASSEMBLEA
- 23 CARENZA DI MEDICI:
TRA ERRORI E NUOVI VALORI
- 27 LA MEDAGLIA DEI CINQUANTA ANNI
DI LAUREA
- 29 "NON BISOGNA AVER VERGOGNA A
CAMBIARE IDEA: L'IMPORTANTE È CHE
BISOGNA AVERE IDEE DI RICAMBIO."
- 31 "LA VIA DEL TRAMONTO"
DELLA MEDICINA FISCALE
- 33 ODONTOIATRIA PUBBLICA:
LA LAUREA IN ODONTOIATRIA È LAUREA
SPECIALIZZANTE

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

INVECCHIARE IN SALUTE: fra retorica e realtà

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Da quando sono in pensione dal Servizio Sanitario Nazionale e mi sto dedicando al volontariato del cosiddetto terzo settore, una delle considerazioni ricorrenti è quello su come sia possibile

comportarsi per centrare gli obiettivi che ci prefiggiamo: aiutare i cittadini come associazioni di pazienti in particolare per quanto riguarda la prevenzione secondaria, ma anche cercare di perseguire la prevenzione primaria in generale. Obiettivi senza dubbio ambiziosi e anche apparentemente semplici nella loro declinazione, ma se uno ci riflette in maniera profonda si rende subito conto come sia difficile il ragionamento da un punto di vista metodologico. La difficoltà inizia subito, già nel dover definire che cosa sia la salute. A questo scopo, anche se corro il rischio di dilungarmi troppo, credo che sia importante partire da un mio vecchio editoriale che ripropongo in maniera integrale per poi sviluppare il ragionamento come si è evoluto e sta ancora evolvendo.

LA SALUTE NULL'ALTRO È CHE UN'IDEA

Editoriale del Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia
N.02/2012

“Voglio vivere ancora a lungo, perché vede dottore, nonostante tutto, io mi trovo ancora bene e la vita mi piace”.... Queste sono le parole che P.M. di 88 anni mi ripete ogni volta che vado nella sua casa a visitarla. Non ci sarebbe nulla di strano in queste affermazioni, se non fossero fatte da una donna costretta su una sedia a rotelle da anni e che oramai passa quasi tutto il suo tempo a vedere la televisione e a contemplare il panorama che si apre davanti a lei ogni volta che si affaccia al proprio balcone. Questo è indubbiamente un panorama splendido, con monte Morcino in prima fila, Lacugnano, monte Malbe ed il Tezio in seconda, all'orizzonte il Trasimeno con dietro ergersi in maniera quasi sfumata le sagome del monte di Cetona e dell'Amiata. “Quello che però non potrei accettare” aggiunge “è la perdita della vista! Allora sì che vorrei morire”.



P.M fa parte di quella schiera di pazienti che, nonostante la malattia, nonostante la disabilità, nonostante il dolore fisico e morale che provano, riescono sempre a stupirti per come, tutto sommato, sono riusciti ad adattarsi alla propria condizione di malati. Chiamano il minimo indispensabile, sopportano tutto in maniera quasi stoica: difficilmente un lagno od un lamento, tutt'al più qualche sospiro accompagnato da espressioni come "Ci vuole pazienza!". Rifiutano terapie analgesiche potenti e cure che prevedano il dover "peregrinare" tra ambulatori ed ospedali, ma non stanno assolutamente ad aspettare in maniera passiva la morte in quanto vanno comunque avanti, a loro modo, ma vanno avanti. Si sono creati un loro mondo, un loro vissuto, come direbbero i fenomenologi, un mondo di non facile comprensione in quanto origina da una loro esperienza rielaborata dalla loro soggettività con una loro significanza, quindi, non con un significato uguale per tutti. C'è però molto da imparare da costoro e a ben riflettere indicano una strada, forse meglio dire la strada per la soluzione di molti problemi che stanno per travolgere i nostri sistemi sanitari. Mi spiego meglio. Se chiediamo, sempre a costoro, se si sentono in buona salute il più delle volte rispondono in maniera positiva sul loro stato e pertanto senza rendersene conto hanno completamente stravolto il concetto di salute stesso.

Quest'ultimo cui ci si rifà di solito, è quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stilato nell'ormai remoto 1948: "Non semplicemente l'assenza di malattie ed infermità, ma uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Come è stato fatto notare nella Conferenza Internazionale (Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health) tenutasi a L'Aia nel dicembre 2009 questa definizione oramai ha perso il suo valore in quanto esprime un concetto statico del tutto improponibile in un mondo dove è diventato normalissimo invecchiare convivendo con le patologie croniche. Il seguire, pertanto, a dare valore alla completa assenza di malattie significherebbe decretare la fine della sostenibilità dei nostri servizi sanitari. Non verrebbe poi considerata la capacità di adattamento dell'essere umano nei confronti delle avversità della vita siano queste malattie, cataclismi naturali, guerre o disastri: tutta la storia dell'umanità è una testimonianza di ciò. Non verrebbe dato nemmeno il giusto valore alla capacità umana di sentirsi funzionale o di star bene anche con una malattia o con una disabilità. Ecco pertanto che occorre provare a ridefinire il concetto di salute, sempre secondo gli studiosi della conferenza olandese, spostandosi verso una concezione dinamica, basta sulla resilienza e sulla capacità di difendere, mantenere o recuperare il proprio equilibrio e senso di benessere. Salute quindi come capacità di adattarsi e autogestirsi.

Particolare importanza, quindi, al processo di resilienza che in psicologia viene individuata nella capacità degli uomini di affrontare le avversità della vita, di superarle venendone fuori rafforzati. Si tratta pertanto di un processo dinamico che parte da un nuovo modo di valutare il proprio concetto di sé, degli altri e del mondo che ti circonda. E' un processo individuale, personale che scaturisce dalle



proprie reazioni difronte agli eventi traumatici della vita e pertanto un percorso che è valido per una persona potrebbe non esserlo per un'altra in quanto legato al proprio vissuto, alle proprie concezioni e alla propria cultura di riferimento. Grandissima importanza quindi al contesto globale, soprattutto culturale e sociale in cui l'individuo vive. Senza addentrarmi nei concetti di **coping** e **salutogenesi** di Lazarus e di Antonovsky, ritengo utile indicare i passaggi che questi studiosi hanno sottolineato per vincere le avversità della vita, **fronteggiandole** (coping) e **strutturando un senso di coerenza interiore** (salutogenesi).

- Realizzare una buona rete sociale che permetta il supporto ed il sostegno oltre che materiale anche emotivo e morale;
- Riconoscere che il cambiamento è parte della vita per cui è impossibile pretendere che tutta rimanga immutabile secondo il proprio volere;
- Considerare una crisi come un'occasione di stimolo per reagire, cercare di trovare dentro di sé le capacità per superarla;
- Mettere in atto comportamenti di reazione ;
- Sfruttare ogni possibilità per crescere e realizzarsi;
- Trovare sempre uno spazio per coltivare i propri interessi.

Non so se tutti questi concetti abbiano interessato P.M. nella rielaborazione della sua disabilità, probabilmente in gran parte sì: ha un figlio pronto a correre in suo aiuto in qualsiasi momento, trascorre ore a sentire musica e a guardare qualsiasi documentario televisivo sulle "meraviglie della natura" come le chiama lei. Ricorda sempre come durante la guerra aveva dentro di sé la convinzione che ne sarebbe uscita indenne insieme a suo marito e che con l'aiuto di Dio avrebbe comunque realizzato la sua famiglia, la sua casa, la propria vita.

"Vede dottore" mi ha detto l'ultima volta" a me basta affacciarmi al balcone e,

anche se le gambe non mi portano più da nessuna parte, sapesse quanto mondo vedo anche oltre l'orizzonte!"

Mentre mi allontanavo, riflettevo sulle sue parole. Sarà stata l'immaginazione che superava l'orizzonte, la capacità di poter comunque vedere oltre gli ostacoli e le barriere che mi è venuto in mente un poeta che di avversità e di problemi di salute ne ha avuti tanti, ma con la loro rielaborazione, anche se forse non ha realizzato una perfetta resilienza, ci ha donato però le più belle pagine della poesia italiana. Consentitemi di trascrivere per intero quella che senz'altro meglio delle mie parole indica come e dove può arrivare "il fingersi nel pensiero".

L'infinito

«Sempre caro mi fu quest'ermo colle,
e questa siepe, che da tanta parte
dell'ultimo orizzonte il guardo esclude.
Ma sedendo e mirando, interminati
spazi di là da quella, e sovrumani
silenzi, e profondissima quiete
io nel pensier mi fingo, ove per poco
il cor non si spaura. E come il vento
odo stormir tra queste piante, io quello
infinito silenzio a questa voce
vo comparando: e mi sovvien l'eterno,
e le morte stagioni, e la presente
e viva, e il suon di lei. Così tra questa
immensità s'annega il pensier mio:
e il naufragar m'è dolce in questo mare»

(Giacomo Leopardi)

Non nascondo che questo è un editoriale che a suo tempo mi ha dato tante soddisfazioni sia per i riscontri lusinghieri che mi sono arrivati da tantissimi anche non medici e anche perché poi si è sviluppata una discussione con colleghi che mi piace riprendere perché anche se sono passati 11 anni è sempre attuale. Io sono convinto che il concetto di salute come definito nella Conferenza Internazionale *(Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health)* tenutasi a L'Aia nel dicembre 2009 sia quanto di più reale e funzionale anche se necessita di qualche aggiustamento. Quello che suscitò la discussione con i colleghi, soprattutto con quelli addetti ai lavori in politica sanitaria e gestionale, è stato soprattutto il concetto di resilienza vista come una capacità prettamente individuale per cui "chi ce l'ha ce l'ha e chi non ce l'ha si attacca". Tradotta in termini più politici si tratta di una visione, secondo loro, prettamente individualista che mina il concetto di solidarietà, democraticità e reciprocità di un'assistenza sani-



taria. Qualcuno è arrivato anche a questa conclusione: *“Questo è il mondo della “resilienza”: l’adattamento costante al peggio (a cui dà mano forte il diniego del mondo reale), il rifiuto di trasformarci per trasformare le condizioni della nostra esistenza, lo stoicismo di fronte alle catastrofi che deriva da uno stato perenne di auto-ipnosi (l’effetto vero di ogni tipo di droga). (Sarantis Thanopoulos).*

Lascio ad ognuno di voi tirare le conclusioni sulla resilienza, evitando anche certe conclusioni estreme, ma ovviamente è esperienza di tutti noi come il nostro ambulatorio trabocchi di frequentatori non resilienti e pertanto cerchiamo di aiutarli a trovare quello che può essere considerato un certo equilibrio.

E’ proprio a questo punto che devono entrare in campo tutte quelle associazioni di volontariato o di promozione sociale del terzo settore che hanno come obiettivo favorire l’invecchiamento in salute. Non voglio dilungarmi o passare in rassegna i lavori che documentino come l’intervento sugli stili di vita sia indispensabile per evitare tutti quei fattori di rischio di patologia che ben conosciamo, invece voglio enfatizzare come il realizzare una buona rete sociale che permetta il supporto ed il sostegno oltre che materiale anche emotivo e morale, vedi la prima raccomandazione della Conferenza dell’Aja, sia un’ottima premessa anche per confutare la tesi che la resilienza possa essere indicata come una strategia individualistica che inficia la solidarietà. Mi riferisco al fatto che partecipare a qualsiasi associazione che promuova lo stare insieme già di per sé è salutare. Studiosi dell’Università texana di Austin hanno pubblicato il loro lavoro su *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. L’impegno del team vuole dimostrare come i processi di socializzazione continuativi delle persone anziane favoriscano il benessere mentale. Lo studio ha coinvolto un campione di circa 300 over 65. A loro è stato chiesto di dettagliare le attività compiute durante la giornata e di indossare un dispositivo elettronico utile a estrapolare i dati relativi all’attività fisica. Dalla

ricerca è emerso che chi ha interagito con altre persone ha aumentato anche il tempo di permanenza fuori dalle mura domestiche, favorendo la socialità. A sostenere che esiste, invece, una connessione tra le relazioni interpersonali e il rischio di mortalità è una ricerca pubblicata su *PLOS Medicine*. Lo studio evidenzia che gli uomini e le donne – impegnate in forti interazioni sociali hanno il 50% di probabilità di vivere più a lungo, rispetto a chi ha meno legami. Solitudine vissuta come angoscia ed ansia cronica, stress continuo comporta un incremento del cortisolo endogeno: obesità, resistenza insulinica e tutta una cascata di fattori patogeni. Allora



impulso e promozione dei rapporti sociali attraverso le associazioni socio-culturali con laboratori, tornei di carte, serate danzanti e qualsiasi altra iniziativa che vada in questa direzione. Grandissima importanza hanno anche i gruppi di auto-aiuto o di ascolto per favorire il cambiamento e il senso di solidarietà e comunanza delle associazioni di pazienti.

Nulla di nuovo! Andiamo a ripercorrere la storia della nostra cultura occidentale e precisamente nella lettura dei frammenti dei lirici e dei pensatori dell'antica Grecia. Accanto a un Mimnermo non resiliente che scrive: *"A Titono concesse Zeus, immortale sciagura, la vecchiaia che anche della morte molesta è più abbrividente"*. Troviamo un saggio Solone resiliente che risponde sempre a Mimnermo che invocava la morte a 60 anni, morire quindi prima di invecchiare: *"Quella sentenza, se ancora tu vuoi darmi retta, cancella e non impermalire, s'io di te parlo meglio. Cambiala, dunque o figlio di Ligia, e così canta invece: il destino di morte mi colga ad ottanta anni. Invecchio, e qualcosa di nuovo imparo sempre"*. Solone è considerato il primo statista dell'Occidente, grande operatore politico e sociale e pertanto un soggetto impegnato nelle relazioni civili e culturali. Testimonianza storica pertanto su quanto lo stile di vita influisca sul tono dell'umore e il benessere in generale. Voglio concludere però con un'ultima osservazione. Mentre sto scrivendo è notizia che il mitico cantante dei Rolling Stones, Mick Jagger, compie 80 anni. Non credo che si sia invecchiato osservando degli stili di vita salutari: sex & drugs & rock & roll è stato il suo motto. Quindi come al solito c'è spesso un altro fattore che entra in gioco, chi lo chiama fortuna chi lo chiama con un sostantivo molto figurato, ma il concetto è identico.

L'ILLUSIONE DELLA EVIDENCE BASED MEDICINE.

PAOLO DA COL

DIRETTORE DI DISTRETTO E DI AZIENDA SANITARIA,
TRIESTE

La EBM è stata corrotta da interessi corporativi, dall'assenza di regole e dalla commercializzazione del mondo accademico.



Nell'articolo di BMJ intitolato *"The illusion of evidence based medicine"* (1), che focalizza nel sottotitolo i tre fattori causa dell'illusione (interessi corporativi, assenza di regole, commercializzazione del mondo accademico), Jon Jureidini e Leemon McHenry ripropongono il problema della reale consistenza della EBM. Avevano già affrontato questo tema nel loro ultimo libro (2) ed in precedenza avevano espresso chiare posizioni critiche su come sono impostati i trial psichiatrici (3) e su come le riviste mediche presentano gli studi (ad esempio sull'uso della paroxetina per la depressione maggiore negli adolescenti (4)).

BMJ ritorna sull'argomento della EBM, lanciato nel 1996 (5) e ripreso nel 2014 (6), con questo contributo di grande assertività e forza logica. Lo scopo di questa nota è stimolare la lettura integrale dell'articolo originale attraverso la presentazione di alcuni suoi punti essenziali (mie tutte le traduzioni). Si segnala che nelle successive ventisei *"Rapid Responses"*, di cui una dello stesso Jureidini (7), si possono trovare interessanti confutazioni, approvazioni, approfondimenti. Gli autori iniziano la loro esposizione ricordandoci che la EBM volle inaugurare un cambio di paradigma per fornire una solida base scientifica alla medicina. Tuttavia – sostengono – la validità di questo cambio di paradigma dipende dall'affidabilità dei dati dei trial clinici, la maggior parte dei quali sono condotti dall'industria farmaceutica e riportati a nome di *"senior academics"*. In sintesi, – scrivono – finché non sarà corretto il problema del forte condizionamento dell'industria farmaceutica la *"evidence based medicine will remain an illusion"*.

Posizioni analoghe erano già reperibili in letteratura (8-12) ed in particolare rilevanti sono stati i contributi di Marcia Angell, già editor del *New England Journal of Medicine*, che molto tempo fa aveva sottolineato il problema del controllo dell'industria farmaceutica sulla valutazione dei loro stessi prodotti, del fatto che essa

finanzia la maggior parte della ricerca e che spesso distorce la ricerca sponsorizzata per far sembrare i propri farmaci migliori e più sicuri (13,14).

In questo nuovo paper, gli Autori introducono le loro argomentazioni citando il filosofo Karl Popper (1902-1994), sostenitore del razionalismo critico e dell'integrità della scienza e del suo ruolo in una società aperta e democratica: i medici rispettosi di questa integrità – spiegano – dovrebbero considerare soli i dati reali, derivati da studi rigorosi, non quelli più loro graditi.

“Questo ideale (dell'integrità -ndA) è minacciato dagli interessi finanziari che prevalgono sul bene comune. La medicina è in gran parte dominata da un piccolo numero di aziende farmaceutiche molto grandi che competono per la quota di mercato, ma sono effettivamente unite nei loro sforzi per espandere quel mercato”. (Vedi BOX 1)

“Il progresso scientifico – *denunciano gli autori* – è ostacolato dalla proprietà dei dati e della conoscenza perché l'industria sopprime i risultati negativi degli studi, non segnala gli eventi avversi e non condivide i dati grezzi con la comunità di ricerca accademica”, per cui “I pazienti muoiono a causa dell'impatto negativo degli interessi commerciali sull'agenda della ricerca, sulle università e sulle autorità regolatorie”.

Queste affermazioni inducono a riflettere sulle implicazioni che ne derivano rispetto all'affidabilità delle Linee Guida (formulate in base ai trial clinici), come da altri già prospettato (12), ed a porci domande sul ruolo che in Italia esse hanno assunto rispetto alle responsabilità professionali (post “Legge Gelli” (15)), e quindi agli obblighi di rispettarle al fine di adeguarsi ad una (asserita) corretta pratica clinica. A questo punto gli Autori discutono dei “*contropoteri regolatori*”. Sul ruolo dell'Università così si esprimono: “..... un tempo istituzioni d'élite ora rivendicano di essere custodi della verità e della coscienza morale della società. Ma di fronte a finanziamenti governativi inadeguati, hanno adottato un approccio di mercato neoliberista, cercando attivamente finanziamenti farmaceutici a condizioni commerciali. Di conseguenza, i dipartimenti universitari diventano strumenti dell'industria”. Merita qui aprire una breve parentesi per ricordare che, cadute le ideologie del novecento, il neoliberismo è oggi l'unica vera ideologia dominante e, divenuta dogma e paradigma in tutte le politiche economiche dei Paesi occidentali, genera anche in Italia da oltre vent'anni le scelte restrittive a danno, oltre che dell'università, del nostro SSN, la cui esistenza è incompatibile con tale teoria (16). E così concludono il paragrafo: “Quando gli scandali coinvolgenti la partnership industriauniversità sono esposti nel mainstream dei media, si indebolisce la fiducia nelle istituzioni accademiche e si tradisce la visione di una società aperta”. Limiti di spazio impongono di accennare solamente alle interessanti analisi sull'influenza dell'industria, che – sottolineano – ha imposto al mondo scienti-



fico i “KOL” (*key opinion leader* nel linguaggio del marketing), selezionandoli per capacità di influenzare le prescrizioni e per prestigio accademico, retribuendoli ampiamente, dando loro facoltà di partecipare ai board consultivi, presentare ai congressi i trial e divenire così “*product champions*”. E – proseguono – mentre le Università vengono meno al loro compito di correggere le errate interpretazioni della scienza, si assiste al fatto che chi critica le industrie farmaceutiche “... affronta il rifiuto di pubblicazione delle riviste, le minacce legali e la potenziale distruzione della carriera.”

Concludono il paragrafo evocando ancora Popper: “Questo campo di gioco irregolare è esattamente ciò che preoccupava Popper quando scriveva sulla soppressione e il controllo delle i mezzi di comunicazione della scienza.” A questo punto la conclusione dell’articolo di BMJ non giunge inattesa: “La conservazione delle istituzioni destinate a promuovere l’obiettività e l’imparzialità scientifica è interamente alla mercé del potere politico e commerciale; l’interesse prevarrà sempre sulla razionalità dell’evidenza”.

Tutto questo a me sembra si colleghi anche al problema dei conflitti di interesse (17-20).

Dopo l’Università, gli Autori esaminano gli Enti regolatori: “Le autorità di regolamentazione ricevono finanziamenti dall’industria e utilizzano sperimentazioni finanziate dall’industria ed eseguite per approvare i farmaci, senza nella maggior parte dei casi vedere i dati grezzi.

Che fiducia abbiamo in un sistema in cui le aziende farmaceutiche possono “dare i voti ai propri lavori” invece che questi siano valutati da esperti indipendenti, parte di un sistema regolatorio pubblico? È improbabile che governi disinteressati ed enti regolatori sottomessi avvino i cambiamenti necessari per tenere del tutto lontana la ricerca dall’industria e per fare piazza pulita di modelli editoriali che dipendono dai ricavi delle ristampe, della pubblicità e delle sponsorizzazioni.”

Come contributo all’analisi critica, il Box 2 riporta quelli relativi ai bilanci delle Agenzie regolatorie europea (EMA), statunitense (FDA) e della nostra Agenzia AIFA.

Infine, gli Autori offrono proposte correttive, che preferisco trasferire in un elenco (mia anche la numerazione), al fine di ben evidenziarle:

1. *liberare le autorità di regolamentazione dai finanziamenti delle case farmaceutiche;*
2. *imporre una tassa alle aziende farmaceutiche per consentire il finanziamento pubblico di sperimentazioni indipendenti;*
3. *rendere accessibili su siti web i dati anonimi degli studi pubblicati a livello di singolo paziente, con i protocolli di studio, in modo che terze parti, auto-nominate o incaricate dalle agenzie di tecnologia sanitaria, possano valutare rigorosamente la metodologia e i risultati dello studio;*
4. *(modificare come necessario) i moduli di consenso alla sperimentazione, in modo che i partecipanti possano richiedere agli sperimentatori di rendere i dati liberamente disponibili. La pubblicazione aperta e trasparente dei dati è in linea con il nostro obbligo morale nei confronti dei partecipanti allo studio-persone reali che sono state coinvolte in trattamenti rischiosi e hanno il diritto di aspettarsi che i risultati della loro partecipazione vengano utilizzati in conformità con i principi del rigore scientifico. Le preoccupazioni di settore sulla privacy e sui diritti di proprietà intellettuale non dovrebbero avere il sopravvento.*

Qui mi permetto aggiungere subito un'altra, condivisa con molti altri colleghi: ricondurre al sistema sanitario pubblico la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

Mi sembra appropriato concludere questa imprecisa-incompleta sintesi dell'articolo, che ad alcuni potrebbe forse apparire immotivatamente provocatorio, radicale o apodittico già nel titolo, con le parole dello stesso Jureidini, che così replica alle tante Rapid Responses pervenute all'Editore, ad evitare possibili fraintendimenti (7): *"Siamo forti sostenitori dell'importanza delle prove in medicina e ci opponiamo a tutti coloro che ignorano la buona scienza, siano essi anti-vaxxer o big pharma. In effetti, nel nostro libro abbiamo elogiato l'innovazione degli anni '90 della medicina basata sull'evidenza come uno dei più importanti progressi nelle basi scientifiche dell'assistenza sanitaria. Cerchiamo solo di proporre soluzioni che la rendano una realtà piuttosto che un'illusione".*

Tra l'altro, la questione di una EBM quale solida realtà e non illusione si è presentata anche durante l'epidemia COVID-19, in cui molti si sono domandati quando/come/se aderire ad una "evidence-based practice" oppure ad una strategia di "practice-based evidence" (28).

Infine, riprendo un argomento sopra accennato, molto rilevante e prospettato dal sociologo Howick (29), secondo il quale si sta accentuando l'asimmetria tra il potere (finanziario) e l'evidenza (razionalità), con il prevalere del primo, anche a causa dei costi crescenti per acquisire le evidenze, che quindi saranno sempre più soggette all'influenza del potere. A me sembra sia importante ora capire come aumentare le tutele della forza del diritto, delle regole, di ciò che è giusto



e bene fare a favore delle persone che a noi si affidano per essere curate e delle Istituzioni per cui noi lavoriamo.

BOX 1 – Ricavi delle prime dieci Aziende Farmaceutiche nel mondo (Anno 2021).

Al primo posto compare la multinazionale americana Johnson&Johnson con 93,78 mld \$; a seguire Pfizer (81,29 – è stato reso noto che la metà dei ricavi del IV trimestre 2021, 12,5 mld sono derivati dai vaccini COVID). Al terzo posto si colloca Sinopharm (società cinese; nel 2020, 71 mld \$), e via via si arriva al decimo posto con nomi quali Roche, Abbvie, Novartis, Bayer, Merck & Co, GlaxoSMithKLine, Bristol Mayers Squibb, Sanofi. Queste ultime otto totalizzano oltre 300 mld \$.

Globalmente, queste prime dieci Multinazionali hanno ricavi annuali per circa 500 miliardi di dollari USA. Queste cifre evidenziano l'enorme potere che hanno acquisito le Aziende farmaceutiche grazie a varie strategie (20-26), e che continuano ad aumentare impadronendosi (come spiegato nell'articolo) anche del pilastro dell'evidenza scientifica, sottraendola a "mani e menti neutrali", garanzia unica di un'imparzialità indispensabile per disporre di una vera EBM.

(Fonte dati: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_biomedical_companies_by_revenue – consultazione del 1.4.22)

BOX 2 – Ricavi dell'EMA, FDA, AIFA.

Dal sito dell'EMA: "Per il 2022 il bilancio generale dell'EMA ammonta a 417,5 milioni di euro. Circa l'86% del budget deriva da commissioni e pagamenti e il 13% da contributi dell'Unione Europea per questioni di sanità pubblica e meno dell'1% da altre fonti".

EMA, che in Europa controlla e ha come mission garantire un equo controllo per i sistemi sanitari dei 27 Stati Membri della UE, è quindi finanziata all'86% dalle stesse aziende farmaceutiche che presentano all'Agenzia le domande di valutazione. Sul sito dell'EMA merita anche leggere i dati sulla crescente velocità di approvazione dei nuovi farmaci. (<https://www.ema.europa.eu/en/about-us/how-we-work/governance-documents/funding> consultazione del 1 aprile). Si ricorda che dubbi sono stati sollevati sul reale vantaggio dei nuovi farmaci approvati negli ultimi anni (27).

Nel sito della FDA USA si legge che circa il 46% (2,8 mld \$) del budget proviene dai versamenti delle Aziende che richiedono l'autorizzazione per l'ingresso dei nuovi farmaci o medical device. Circa il restante 54% (3,3 miliardi \$) arriva dal bilancio federale statunitense. (<https://www.fda.gov/about-fda/fda-basics/fact-sheet-fda-glance>)

Dal sito AIFA si può acquisire il bilancio 2021: è pari a 98 milioni di euro; solamente 24 mil. provengono dallo Stato. 27 da risorse vincolate a programmi e progetti, 41 da tariffe ex lege su attività istituzionali (attività regolatorie, quindi versati dalle Aziende Farmaceutiche) e 5,9 da entrate proprie.

(https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1120944/bilancio_previsio-ne_2021.pdf)

BIBLIOGRAFIA

1. Jureidini J., McHenry B. The illusion of evidence based medicine. *BMJ* 2022;376:o702 -<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o702>
2. Jureidini J., McHenry . *The Illusion of Evidence-Based Medicine*. Exposing the crisis of credibility in clinical research. Wakefield Press; 2020 <https://www.wakefieldpress.com.au/product.php?productid=1613>.
3. AmsterdamD., McHenry L.B., Jureidini J.N. Industry-corrupted psychiatric trials. *Psychiatr Pol* . 2017 Dec 30;51(6):993-1008. doi: 10.12740/PP/80136
4. Jureidini J.N., McHenry L.B. Conflicted medical journals and the failure of trust. *Account Res*. 2011 Jan;18(1):45-54. doi: 10.1080/08989621.2011.542683. PMID: 21287414
5. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S.. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:7023.
6. Greenhalgh T., Jeremy Howick J., Neal Maskrey N., et al.. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014; 348:g3725 doi: 10.1136/bmj.g3725
7. Rapid Responses: <https://www.bmj.com/content/376/bmj.o702/rapid-responses> (consultazione di *BMJ* del 18 aprile)
8. RossS., Gross C.P., Krumholz H.M. Promoting transparency in pharmaceutical industry-sponsored research. *Am J Public Health* 2012 Jan;102(1):72-80. doi: 10.2105/AJPH.2011.300187.
9. Ioannidis J.P.A. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005; 2(8): e124.

10. Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and metaanalysis of survey data. *PLoS ONE* 2009;e5738
11. Smith R, Roberts I. Patient safety requires a new way to publish clinical trials. *PLoS Clin Trials* 2006; 1(1): e6. DOI: 10.1371/journal.pctr.0010006
12. Schott G, Dünneweber C, Mühlbauer B, Niebling W, Pachtl H, Ludwig WD: Does the pharmaceutical industry influence guidelines? Two examples from Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(35–36): 575–83. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0575
13. Angell M. Industry-sponsored clinical research: A broken system. 2008; 300(9): 1069–1071. Doi:10.1001/jama.300.9.1069.
14. Angell M. *The truth about the drug companies*. Random House, 2004
15. Legge 8 marzo 2017, n. 24. “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. GU 17/3/2017, pag.1
16. Cesaratto S. *Sei lezioni di economia. Conoscenze necessarie per capire la crisi più lunga (e come uscirne)*. Imprimatur, 2017.
17. Bobbio M, *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria*. Einaudi, 2004. Dello stesso Autore: Lettera n. 32 – Febbraio 2015 <http://www.nograzie.eu/wp-content/uploads/2015/03/L32-150215.pdf>; [https://pensiero.it/in-primo-piano/commenti/non-se-ne-parla-piu-medici-e-industria; #nonseneparlapiù: medici e industria](https://pensiero.it/in-primo-piano/commenti/non-se-ne-parla-piu-medici-e-industria;#nonseneparlapiù:medici_e_industria). 21 gennaio 2015
18. Philip B. Mitchell P M. Financial Conflicts of Interest and Authorship of Clinical Practice Guidelines—Trust Is Fragile. *JAMA Network Open*. 2019;2(4):e192840. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.2840
19. DeCensi A., Numico G., Ballatori E., et al. Conflict of interest among Italian medical oncologists: a national survey. *BMJ Open* 2018;8:e020912. doi:10.1136/bmjopen-2017-020912
20. Moynihan R., Bero L. et al. Pathways to independence: towards producing and using trustworthy evidence. Commercial influence in health: from transparency to independence. *BMJ* 2019;367:l6576 doi: 10.1136/bmj.l6576
21. Mintzes B. Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role? *PLoS Med* 2006; 3(4): e198. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030198>
22. Moynihan R., Henry D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Med* 2006; 3(4): e191. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
23. Giraldi T. Curatore dell’edizione italiana di: “Pharmageddon. Eclissi della cura e marketing della medicina” di David Healy. Mimesis 2016
24. Kirsch I, *The Emperor’s new drugs* . The Bodley Head, London, 2009
25. Moynihan R, Cassels A, *Selling Sickness. How drug companies are turning us all into patients*. Allen & Unwin, 2005
26. Washington HA. *Deadly monopolies*. Doubleday, 2011
27. Wieseler B., McGauran N., , Kaiser T., *New drugs: where did we go wrong and what can we do better?* *BMJ* 2019;366:l4340 doi: 10.1136/bmj.l4340
28. Greenhalgh T. Will COVID-19 be evidence-based medicine’s nemesis? *PLoS Med* 2020; 17(6): e1003266. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003266>
29. Howick J. Exploring the asymmetrical relationship between the power of finance bias and evidence. *Perspect Biol Med* 2019;62:159-87. doi: 10.1353/pbm.2019.0009 pmid: 31031303

INTERVISTA AL PROFESSOR VINCENZO NICOLA TALESA

Direttore del Dipartimento di Medicina e
Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia

A CURA DEL DOTT. TIZIANO SCARPONI

PROFESSOR TALESA POTREBBE
ELENCHARMI QUALI SONO STATE LE
PRINCIPALI NOVITÀ CHE È RIUSCITO
A REALIZZARE DA QUANDO RIVESTE
LA CARICA DI DIRETTORE DEL
DIPARTIMENTO



La novità più importante è l'unificazione dei tre Dipartimenti che costituivano la Scuola di Medicina. Tutto ciò ha portato ad una maggiore semplificazione di procedure, programmazione ed interazione con il sistema sanitario regionale.

La comunione di risorse umane e strumentali ha reso possibile da un punto di vista scientifico l'aggregazione di vari gruppi di ricerca portando ad un aumento esponenziale della progettualità ed al finanziamento di progetti di ricerca da parte di istituzioni private, pubbliche, nazionali ed internazionali; basti pensare ai soli Progetti di rilevante interesse nazionale che ha visto il nostro Dipartimento premiato con il finanziamento di ben 16 PRIN che hanno come capofila (P.I.) un docente del nostro Dipartimento ed altrettante unità di ricerca.

Inoltre, avere nello stesso Dipartimento docenti della stessa disciplina, piuttosto che afferenti a più Dipartimenti, permette una razionalizzazione dell'insegnamento ed una maggiore efficacia dello stesso. La stessa interlocuzione e la dialettica con i responsabili del Servizio sanitario regionale è di gran lunga più fluida e diretta grazie al fatto di avere una unica struttura universitaria di riferimento.

QUALE LA FILOSOFIA SU CUI POGGIA LA SUA PRESIDENZA

"SEDE DOCE ET IMPERA" non è una mia allocuzione ma è quanto riportato sullo scranno ove sedeva il Rettore dell'Università di Perugia con i suoi dignitari.

È DI QUESTI GIORNI LA NOTIZIA CHE SI STA PER PARTIRE CON LA
TRANSIZIONE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE AD AZIENDE OSPEDALIERO-
UNIVERSITARIE. CI PUÒ SPIEGARE CHE SIGNIFICA E CHE CAMBIA?



L'azienda ospedaliera universitaria integrata svolge un ruolo cruciale nella fornitura di cure di alta qualità, nella ricerca medica, nella formazione e nell'innovazione. La sua multidisciplinarietà e la connessione con le università la rendono un pilastro essenziale del sistema sanitario moderno. L'azienda ospedaliera universitaria integrata favorisce la collaborazione tra diverse discipline mediche, migliorando l'approccio olistico alle cure dei pazienti e incoraggiando la ricerca multidisciplinare.

Uno degli aspetti chiave di un'azienda ospedaliera universitaria integrata è la sua connessione tra l'università e dei suoi centri di ricerca. Questa sinergia permette di condurre ricerche avanzate, partecipare a studi clinici e contribuire all'innovazione medica, migliorando costantemente la qualità delle cure. Inoltre, l'azienda ospedaliera universitaria integrata svolge un ruolo cruciale nella formazione di nuovi medici, infermieri e personale sanitario. Essi possono avere l'opportunità di lavorare a stretto contatto con professionisti esperti e affrontare situazioni cliniche complesse, acquisendo competenze di alto livello. Inoltre, essendo al centro della ricerca medica e delle nuove tecnologie, l'azienda ospedaliera universitaria integrata può favorire il trasferimento di conoscenze e tecnologie dal campo accademico all'industria, promuovendo lo sviluppo di nuovi strumenti e dispositivi medici.

SECONDO LEI LA FAMA E IL RICONOSCIMENTO DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA DEL NOSTRO ATENEO ERA UN PÒ DECADUTA E PERCHÈ.

Il sentito dire è una cosa i fatti sono altro. Le classifiche nazionali (CENSIS) sui corsi di Laurea hanno visto il nostro corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, spesso identificato non a torto con la Facoltà di Medicina, sempre nei primi posti.



CHE COSA NE PENSA DELL'IRCSS E COME MAI IN UMBRIA NON È STATA MAI REALIZZATA?

Un IRCCS, acronimo di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, è un tipo di ente sanitario riconosciuto dal sistema sanitario italiano. A differenza degli ospedali tradizionali, gli IRCCS sono caratterizzati da una specifica vocazione alla ricerca scientifica e all'innovazione medica. Essi svolgono una serie di funzioni chiave che li distinguono da altre strutture sanitarie come ad esempio la Ricerca scientifica. Gli IRCCS sono impegnati nella conduzione di ricerche scientifiche avanzate e di studi clinici per migliorare la comprensione delle malattie, sviluppare nuovi trattamenti e terapie e contribuire all'avanzamento della medicina. Il Trasferimento tecnologico è una delle caratteristiche degli IRCCS che favoriscono il trasferimento delle scoperte scientifiche e delle tecnologie sviluppate all'interno dell'istituto verso il settore clinico e l'industria, promuovendo l'innovazione nel campo medico. Inoltre, garantiscono un'assistenza di alta specializzazione, infatti, gli IRCCS si concentrano su patologie particolarmente complesse, rare o croniche, fornendo cure di alta specializzazione e multidisciplinarietà per i pazienti che richiedono trattamenti avanzati e personalizzati.

Consapevoli di quanto un IRCCS potrebbe essere essenziale per la realtà locale si sta copiosamente e fattivamente lavorando alla sua realizzazione certi che sarà un punto di riferimento Nazionale.





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

Perugia, li 25 ottobre 2023

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

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,

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

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

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

La suddetta Assemblea non si terrà come di consueto, presso la sede dell'Ordine ma presso l'AULA MAGNA "Paolo Larizza" del DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA - ED. H piano -2 (Piazza L. Severi, 1 Sant'Andrea delle Fratte), il giorno sabato 16 dicembre 2023 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

DOMENICA 17 DICEMBRE 2023 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

- 1°) Approvazione Bilancio Preventivo 2024 - Relazione del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per il riconoscimento dei 50 anni di laurea e per i nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza e Cesare Fiore", "Luigi Balducci", "Fabio Giaino", "Ugo Mercati".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.



IL PRESIDENTE

(Dott.ssa Verena De Angelis)

Firmato digitalmente da
VERENA DE ANGELIS

O = ORDINE DEI MEDICI DI
PERUGIA
T = PRESIDENTE iscr.nr.5978
C = IT

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

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

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



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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DELEGA

IL/LA DOTT./DOTT.SSA _____

A PARTECIPARE ALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEGLI
ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI
PERUGIA.

DATA _____

FIRMA



CARENZA DI MEDICI: TRA ERRORI E NUOVI VALORI

DOTT. TIZIANO SCARPONI

È sempre difficile analizzare un fenomeno contemporaneo soprattutto se sei anche parte in causa. Ancora si discute su accadimenti di mezzo secolo fa senza essere arrivati ad una conclusione per cui quelle che vado ad esporre sono delle argomentazioni che devono essere considerate una mia opinione senza pretese di verità o oggettività, ma solo occasione di riflessione.

La società evolve. Cambiano usi e costumi e i paradigmi che costituiscono l'impalcatura e lo scheletro della società stessa. Ancora non sappiamo se nasca prima l'uovo o la gallina, nel senso se sia l'umanità che cambi prima della teoria che la profila o se sia la teoria e il paradigma che determini il cambiamento. Sta di fatto che da quando mi laureai nel 1977 ad oggi è cambiata società, medicina ed essere medico.

Crisi valoriale, perdita di punti di riferimento, società liquida? Tutto vero! Non voglio addentrarmi in considerazioni che sono al di sopra della mia portata culturale, né insistere troppo sulla dissoluzione della nostra civiltà occidentale che sta sempre più diventando storica, massificata, individualista ma nello stesso tempo sempre meno individuale. La mitologia del lusso e del denaro: tutto può e deve essere monetizzato. La civiltà dell'immagine fine a se stessa, dell'economia cartacea in cui la speculazione prevale sulla produzione di un'industria e chi più ne ha più ne metta. Poteva la sanità fare eccezione? Potevano i medici figli di questa società essere diversi?

Sospendiamo per il momento la risposta e facciamo qualche ricognizione su come sono andati certi numeri.

La storia del numero chiuso ha origini lontane risalendo ai primi del '900. Fino al 1923, ad esempio, la Facoltà di Medicina poteva essere frequentata soltanto da coloro che avevano la maturità classica. A partire da quell'anno, l'accesso venne consentito anche a chi aveva frequentato il liceo scientifico, ma il vero cambiamento arrivò nel 1969, quando fu data possibilità a tutti i diplomati di scuola





secondaria di poter entrare senza limitazione. Questo portò ad un numero maggiore di medici rispetto alla reale richiesta, creando un danno e portando ad un aumento considerevole della disoccupazione. Fu solo nel 1987 che con Decreto Ministeriale, venne introdotto il test di ingresso per quasi tutte le facoltà scientifiche, proprio per limitare il numero di laureati e soprattutto per effettuare una selezione in base alla qualità delle conoscenze di ogni candidato. Il numero programmato nazionale a livello nazionale è stato introdotto per la prima volta con la Legge 264/99, attualmente in vigore, per l'adeguamento alla normativa europea che ne imponeva l'obbligo a tutti gli Stati membri. Il parametro che venne adottato fu quello di calibrare il numero di studenti per Università in base alla capacità didattiche di ciascun ateneo. Quello che è mancata, pertanto, è stata una programmazione basata sul "mercato", sul bisogno di assistenza sanitaria del territorio e sia la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri che i sindacati medici hanno denunciato tale errore da anni, ma la Politica non ha mai ascoltato. Da molto tempo in fatti, dietro anche l'analisi che la nostra cassa pensioni stava facendo, era chiaro che soprattutto nella medicina di famiglia si sarebbe creata tale scarsità di medici dato che oltre il 70% dei medici di base erano nella fascia di età 1949-1955, poi ci ha pensato il Covid a far anticipare il pensionamento a tanti.

Altro aspetto: la medicina difensiva. Proseguendo con questa tendenza fra poco tempo sarà un problema trovare anestesisti e chi farà interventi chirurgici di qualsiasi natura soprattutto se complessi. Anche il pronto soccorso sta in grande sofferenza. Questo perché le scuole di specializzazione non riescono a vedere coperte le offerte formative: a Perugia per la chirurgia solo 3 borse su 8 sono state utilizzate, per la medicina d'urgenza non si è presentato nessuno. Sono numeri



che si commentano da soli, tutte le discipline che comportano un alto rischio professionale di contenzioso o che possono essere praticate solo in ospedale sono evitate, mentre quelle con attività ambulatoriale privata come oculistica e dermatologia sono privilegiate.

Altro aspetto: il paradosso amministrativo. La Regione Umbria ha le assunzioni di medici bloccate mi dicono dalla Corte dei Conti in quanto il numero di medici dipendenti e convenzionati risulta superiore in base al rapporto con la popolazione. Dove stanno tutti questi medici allora? Una prima risposta la troviamo nella mancata razionalizzazione della rete ospedaliera. Quanti ospedaletti dovevano essere chiusi e per tanti motivi tutte le amministrazioni passate non vi hanno messo mano? Purtroppo avere l'ospedale sotto casa non è più possibile, ma ogni volta che si prova a chiudere qualcosa scattano i campanili, i sindaci, le associazioni di cittadini e nessuno vuol prendersi la responsabilità politica di tali scelte. I medici di medicina generale, sempre secondo i numeri della magistratura contabile sarebbero quasi sufficienti ma il problema è che diversi hanno messo il limite al numero dei pazienti da seguire e che poi quasi più nessuno vuole andare nelle zone rurali e montane.

A questo punto proviamo a rispondere alla domanda se i medici figli di questa società possono essere diversi da quello che siamo e mi ci metto anche io.

Fare il medico oggi significa non avere più quel prestigio sociale, quel riconoscimento economico e quel valore di una vota. Una società che in cui se chiedi ai ragazzi che cosa vogliono fare da grandi, in tantissimi rispondono l'influencer o lo youtuber e in cui è premiata solo l'apparenza perché dovrebbe spingere a fare il medico dove invece viene richiesto sacrificio, sostanza e un apprendistato lungo e faticoso? A suo tempo scrissi " Alzarsi la mattina, andare al lavoro e mettersi ad-



dosso il camice bianco comporta anche, volenti o nolenti, mettersi addosso tutte le contraddizioni e le ambiguità derivanti dal cambiamento valoriale che ha subito in questi ultimi decenni la nostra società. Vuol dire che gli altri si aspettano da noi la risoluzione di tutti i loro problemi di salute perché è passato il messaggio che la Scienza e la Medicina lo possono. Tutti vogliono una risposta precisa, veloce e magari sotto casa perché così ha promesso la Politica. Big Pharma ha promesso, a sua volta, una pillola per tutto: per il dolore, la vecchiaia, l'impotenza, la felicità, la bellezza e l'efficienzaquando sappiamo tutti, invece, che l'essere umano alla fine resta un essere mortale che spesso è affetto da malattie e patologie incurabili in cui si soffre e si perde l'autosufficienza: questo tutti lo sanno ma nessuno lo dice”.

A questo punto concludo sul perché uno deve scegliere un lavoro in cui sei sempre più vittima di violenza anche personale, sei sempre con un piede davanti alla procura della repubblica, la maggior parte guadagna da non poter mantenere più una famiglia da solo e se sei donna hai grande difficoltà nel crescere i figli ed accudire la famiglia?

Perché?.....

LA MEDAGLIA DEI CINQUANTA ANNI DI LAUREA

DOTT. MARCELLO PACI

Era arrivato un invito per domenica 18 dicembre nell'aula magna dell'Università. Il direttivo dell'Ordine, oltre a varie ed eventuali, avrebbe celebrato i cinquant'anni di laurea per gli iscritti che avevano raggiunto quella meta. Tra quelli era anche Alceste. Era andato, pur essendo contrario per timidezza e scontrosità a queste manifestazioni celebrative, in particolare quelle che attestano il passaggio degli anni o che sanno addirittura di bilancio di una vita. Ma alla fine era andato. Un'impresa trovare l'edificio e in esso l'aula magna Paolo Larizza. Era stato un vagare tra enormi palazzoni, quasi grattaceli di una città di recente costruzione: la città della salute. Hanno chiuso la maggior parte degli ospedali della Regione per costruire il molosso, bisognava concentrare lì tutte le risorse finanziarie, e il personale, e le tecnologie. Avevano demolito la storica sede di via del Giochetto, dove Alceste aveva studiato e si era formato sino a ieri l'altro.

Dunque nella nuova sede c'era piazza Lucio Severi, edificio Ugo Mercati, aula Paolo Larizza, blocco operatorio Vittorio Trancanelli, e chi sa quanti altri nomi come questi, tutti a lui familiari, colleghi o professori del corso universitario. Camminando realizzò i cinquant'anni passati dalla fine degli studi. Una vita intera, da ragazzo a vecchio, anche se non troppo nell'aspetto, sapientemente nascoste le magagne. Era andato nell'aula con passo svelto e deciso, nessuna perplessità: si era meravigliato. Si sentiva bene, colpevolmente ancora di più, quando vide gli altri, con i segni dell'età che impietosamente intristivano il ricordo di loro, allora. Si sentiva bene, e volle illudersi che lui non doveva apparire così segnato nell'aspetto. Volle vedere conferme da qualche sguardo e frase smozzicata che aveva scambiato con gli altri. Le donne irraggiungibili di allora, lo avevano salutato con simpatia. Carico di auto-considerazione aveva improvvisato battute istrioniche, subito castigate dalla saggezza degli anni. C'era anche Rosalba in un elegante abito nero dall'altra parte dell'aula. Finita la cerimonia se ne andò. Aveva raggiunto con difficoltà la macchina, camminando tra gli enormi palazzoni, senza porte,





ostili da far paura. Poi, al bivio tra l'imbocco della superstrada che lo avrebbe riportato a casa e quella che portava al centro, scelse quest'ultima. Non poteva fare diversamente, sorta di riparazione di un debito contratto cinquant'anni prima. Era fine Luglio, gli era piombata addosso la felicità di un amore impreveduto, quasi inopportuno, nelle settimane che precedevano la discussione della tesi di laurea e delle tesine annesse. Poi lei era partita alcuni giorni prima dell'esame. Si erano salutati: commozione, promesse che la vita avrebbe disperso, nonostante l'amore assoluto di quelle settimane. Ma il pensiero di quell'amore non era mai scomparso, e quando veniva luglio, ci pensava di più e se poteva si recava a Perugia a ripercorrere le strade che in quelle sere d'estate avevano sorriso alla loro felicità. Ora quella giornata non poteva finire che su quelle strade.

Per incanto quel giorno la sera scese prima: era già ora di andare alla mensa, lì l'avrei incontrata. L'aria fredda di dicembre era diventata mite, quasi estiva. La vide, se ne andarono dove eravamo mancati per tutti quei 50 anni: via dell'acquedotto, Corso Vannucci, la panchina di piazza Italia, la radura erbosa sopra la valigeria, il giardinetto oltre Porta Pesa, il cinema Modernissimo, il locale easy meeting dove si erano conosciuti, l'altro verso Fontivegge, ...Vide parcheggiata in un vicolo la sua 500 blu con le maniglie dietro e l'antennone a frusta imbrigliato dal gancio. Forse sarebbe stato il momento per quella fuga impossibile di allora.

D'improvviso si ritrovò davanti alla casa dello studente dov'era la sua camera. Ma l'ingresso era sbarrato, l'edificio inagibile per il terremoto del '97. Si voltò, lei non c'era più. Riprese l'autostrada e guidò verso casa. Aveva messo la medaglia in bella vista sul cruscotto.

Coloro che lo incrociarono lungo tutto il percorso che lo riportò a casa, videro una macchina che procedeva lentamente e quell'uomo alla guida che piangeva. Ma se avessero potuto vedere bene, si sarebbero accorti che piangeva e sorrideva. Era un pianto di felicità.

“NON BISOGNA AVER VERGOGNA A CAMBIARE IDEA: L'IMPORTANTE È CHE BISOGNA AVERE IDEE DI RICAMBIO.”

DOTT. MARCELLO RONCONI
SNAMI

Questo aforisma dello scrittore Pitigrilli mi è venuto in mente leggendo l'editoriale del buon Tiziano Scarponi, che, folgorato sulla via di.. Perugia, riflette in maniera critica, ma a mio avviso incompleta, sullo stato attuale della organizzazione della Medicina Generale in Italia e sulla figura del MMG.

Non voglio rinvangare polemiche antiche, ma è indispensabile precisare alcuni punti fermi per capire come siamo arrivati al punto critico attuale, che spaventa anche Tiziano.

Nel nostro Paese si era sperimentata una soluzione tipicamente italiana, rappresentata dal particolare rapporto fiduciario Medico-Paziente, il Medico di Famiglia italiano, figura gradita dagli utenti, custode delle storie clinico-familiari degli assistiti, che spesso accompagnava dalla nascita alla età adulta e anziana. Una istituzione, quella italiana, differente da altre esperienze europee e internazionali, su cui si è incentrata la medicina di base nel nostro Paese per almeno 50 anni.

Verso la fine degli anni 90 la FIMMG, il più importante Sindacato Medico Italiano dei Medici di base, cominciò a riflettere sulla necessità di “.. omogeneizzare ed uniformare i comportamenti dei medici...” partendo dalla constatazione della fine dell'era delle Mutue assistenziali e dall'avvento del SSN e della aziendalizzazione della assistenza sanitaria. Da lì parte l'avvio della trasformazione radicale della impostazione della assistenza medica di base: il Medico di Famiglia deve essere incorporato in Equipe Territoriali, non lavora quasi più in studi singoli, ma, anche per far fronte a spese sempre più gravose, si associa in Medicine di Gruppo, la attività delle Equipe viene regolamentata da compiti sempre più stringenti, si trasformano poi in AFT, organizzazioni a cui il Medico deve obbligatoriamente aderire. Tutte queste modifiche organizzative si aggiungono ad una serie infinita di restrizioni e regolamentazioni della attività professionale del MMG che piano piano vede sempre più assottigliarsi la propria individualità professionale, tipica del suo stato di medico libero professionista ancorchè convenzionato.





Ma, FIMMG per prima, ha da sempre sbandierato la necessità di restare nell'alveo della parasubordinazione pur nella constatazione incontestabile che il MMG Italiano ormai deve fare i conti con norme e regole tipiche della dipendenza.

Adesso Tiziano Scarponi si pone l'ultimo dilemma: cosa accadrà con la attivazione delle Case di Comunità, fortemente volute dal suo Sindacato, finanziate su tutto il territorio nazionale dal PNRR, previste da ogni piano sanitario regionale, e considerate i capisaldi della nuova medicina territoriale?: ecco, questo è il momento a mio avviso di avere idee di ricambio: sarà irreversibile, con queste impostazioni, lo svilimento e la fine di quel rapporto fiduciario Medico-Paziente, a favore di un rapporto Struttura-Paziente.

Credo proprio non si possa nemmeno ipotizzare che tutto resti come prima quando il MMg si troverà di fronte a turni orari da rispettare nelle Case di Comunità, quando dovrà prestare assistenza a pazienti altrui in maniera non occasionale, quando perderà anche la autonomia organizzativa della propria giornata lavorativa.

E allora Tiziano, che fare?

A mio avviso si aprono ormai, in maniera sincera ed evidente, solo due soluzioni: il passaggio alla dipendenza dei MMG italiani, la modifica del loro sistema stipendiale dalla quota capitaria alla quota oraria, l'acquisizione di tutele tipiche della dipendenza a fronte di queste impostazioni organizzative simili a quelle ospedaliere. Oppure una radicale rivoluzione a 360°, una nuova medicina territoriale incentrata sulla figura del MMg, che deve avere il coraggio di assumere nuove responsabilità e incombenze assistenziali, con una nuova preparazione post universitaria, che deve recuperare il ruolo medico a svantaggio di quello amministrativo, che deve godere di nuova e ben più ampia autonomia, senza limiti di massimali, magari con un budget da rispettare nell'ottica della ormai imprescindibile sostenibilità del sistema sanitario. Dobbiamo fare presto, siamo chiamati a confrontarci con nuove figure, l'infermiere di famiglia tra tutte, che premono per occupare nostri spazi. Non possiamo più aspettare, non possiamo più restare nel guado di una situazione ibrida che nuoce al Medico e che non risulterà soddisfacente neppure ai pazienti.

“LA VIA DEL TRAMONTO” DELLA MEDICINA FISCALE

DOTT. RAFFAELE DE GAETANO
Presidente SIN.ME.VI.CO.
(Sindacato Medici Visite di Controllo)

Il Sin.Me.Vi.Co (Sindacato Medici Visite di Controllo) è il più antico sindacato dei medici fiscali. Fu fondato il 25 marzo 1994 con lo scopo di tutelare gli interessi professionali, morali, giuridici, economici e assistenziali dei medici che effettuano le visite mediche di controllo ai lavoratori assenti per malattia.

Tenendo fede ai propri principi in data 11 ottobre 2022 non ha firmato il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina fiscale convenzionata Inps consapevole che lo stesso, in cambio di elementi in apparenza positivi, sanciva la perdita di diritti acquisiti in trenta anni di lotta sindacale trasformando un rapporto a tempo indeterminato in uno a tempo determinato con retribuzioni riviste al ribasso.

Il nuovo ACN, entrato in vigore il 01 luglio 2023, reintroduce le incompatibilità su base provinciale e prevede il limite di età di 70 anni, nonostante l'attività del medico fiscale rimanga di natura libero professionale come più volte ribadito dall'Istituto. La conseguenza, prevedibilissima, è stata una drastica riduzione del numero dei medici fiscali in servizio. I medici ultrasessantenni sono stati costretti a lasciare l'incarico e moltissimi, incompatibili, hanno optato per altri incarichi professionali, valutando, forse, anche la precarietà del lavoro e l'inadeguatezza dei compensi.

La precarietà del lavoro si spiega con l'inserimento dei medici, che prima appartenevano a delle liste ad esaurimento (lavoro a tempo indeterminato), in liste provinciali e con la durata triennale della convenzione (lavoro a tempo determinato). L'inadeguatezza dei compensi si spiega con la modifica degli stessi, già fermi da decenni e che nessuno mai aveva osato pensare di indicizzare all'inflazione, sui quali è stata effettuata una riduzione di circa il 30/40%. (Una visita fiscale 25 euro, un accesso 16 euro lordi). La riduzione del numero dei medici fiscali in servizio ha creato e crea notevoli difficoltà nell'espletamento dei controlli sanitari in molte sedi dell'Istituto.

L'entrata in vigore del nuovo ACN è stata improvvisa e preannunciata solo alcuni giorni prima del primo luglio. I medici sono stati convocati in pochi giorni per la





firma dei nuovi contratti e hanno dovuto affrontare diversi problemi in quanto le nuove procedure, completamente differenti da quelle precedenti, non erano state collaudate da parte del personale amministrativo.

La conseguenza di tutto ciò è stato il blocco delle visite fiscali il 4 luglio 2023 con una ripresa graduale dopo giorni e, in alcune sedi, dopo settimane, a causa di problemi tecnici e amministrativi.

Altre difficoltà insorte, non meno importanti, sono i “problemi tecnici” per effettuare i pagamenti in alcune sedi dell’Istituto. “Problemi tecnici” che sono stati comunicati ad agosto 2023 e che hanno determinato uno slittamento della liquidazione del mese di luglio di circa 60 giorni.

Giudichiamo la reintroduzione delle incompatibilità un evento anacronistico e in controtendenza rispetto alle esigenze della Sanità odierna. Poteva avere un senso anni fa, quando una pleora di medici non riusciva a trovare uno sbocco professionale, ma oggi, con la carenza certificata su tutto il territorio nazionale di personale sanitario che fa nascere dibattiti anche sull’abolizione del numero chiuso alla facoltà di medicina, ci sembra fuori luogo e tempo.

Incompatibilità, lavoro precario e compensi inadeguati possono attrarre giovani medici?

Esprimiamo i nostri dubbi e ci chiediamo perché è stato smantellato un sistema che funzionava e che aveva bisogno solo di piccoli correttivi.

Fiduciosi attendiamo risposte.

ODONTOIATRIA PUBBLICA: LA LAUREA IN ODONTOIATRIA È LAUREA SPECIALIZZANTE

DOTT. LORENZO OLIVIERI

Il 30 maggio us è stato pubblicato il D.Lg. 34/2023 o "Decreto Bollette": ha passato il vaglio del Senato ed è stato approvato senza modifiche, con la pubblicazione in Gazzetta è diventato per tanto da subito operativo.

Questo testo, recante misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, contiene anche importanti aggiornamenti normativi relativamente alla sanità, in particolare **prevede tre sostanziali novità di interesse specifico per gli Odontoiatri:**

- La laurea in odontoiatria viene riconosciuta come laurea specializzante. Viene infatti abolito il requisito della specializzazione ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente Medico Odontoiatra e per l'accesso alle funzioni di specialista Odontoiatra ambulatoriale del SSN per gli Odontoiatri e per i laureati in Medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione di Odontoiatra.
- Il laureato in odontoiatria, ma anche laureato in medicina, può decidere di iscriversi ad entrambe gli Albi (viene abrogato l'art.4 comma terzo della Legge 409/85).
- Viene **estesa l'area di competenza**, nei limiti della non invasività o mini-invasività, alla medicina estetica del terzo superiore, del terzo medio e del terzo inferiore del viso.

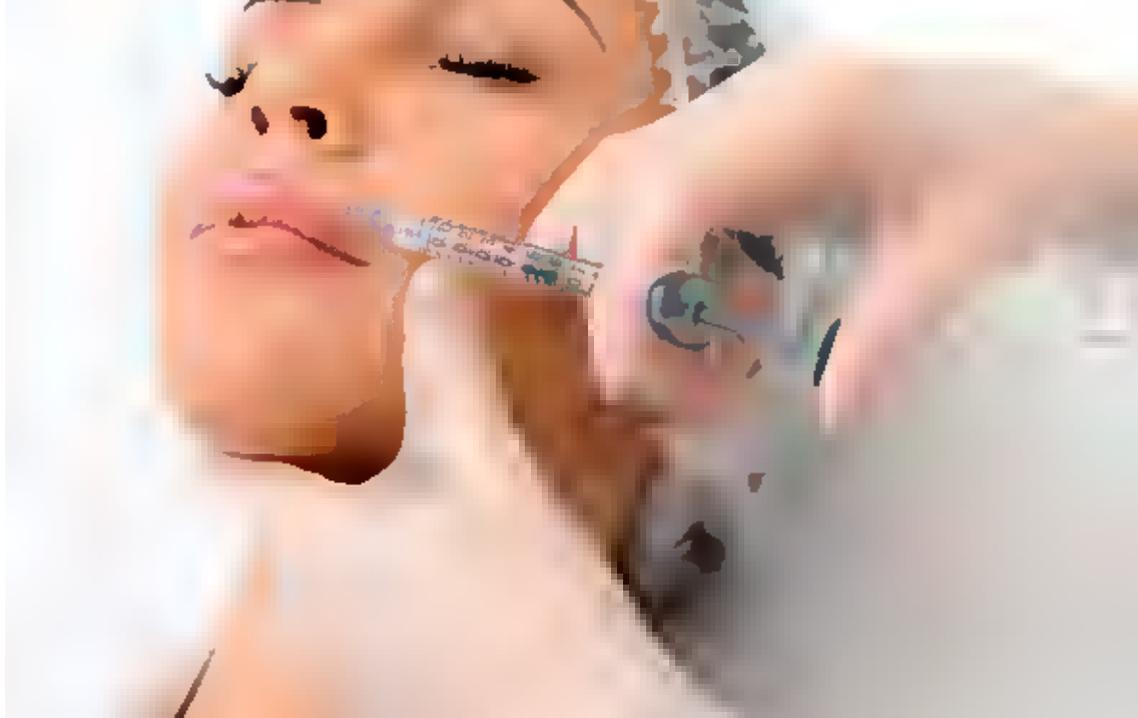
In questo articolo focalizziamo l'attenzione sulla prima delle novità: **la laurea specializzante.**

L'art 15 ter recita testualmente:

Disposizioni in materia di accesso ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale nonché di attività di medicina estetica

1. Per i laureati in odontoiatria e protesi dentaria e per i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione di odontoiatra, è abolito il requisito





della specializzazione ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e ai fini dell'accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale.

2. La lettera b) del comma 1 e il comma 2 dell'articolo 28 del regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483, sono abrogati.

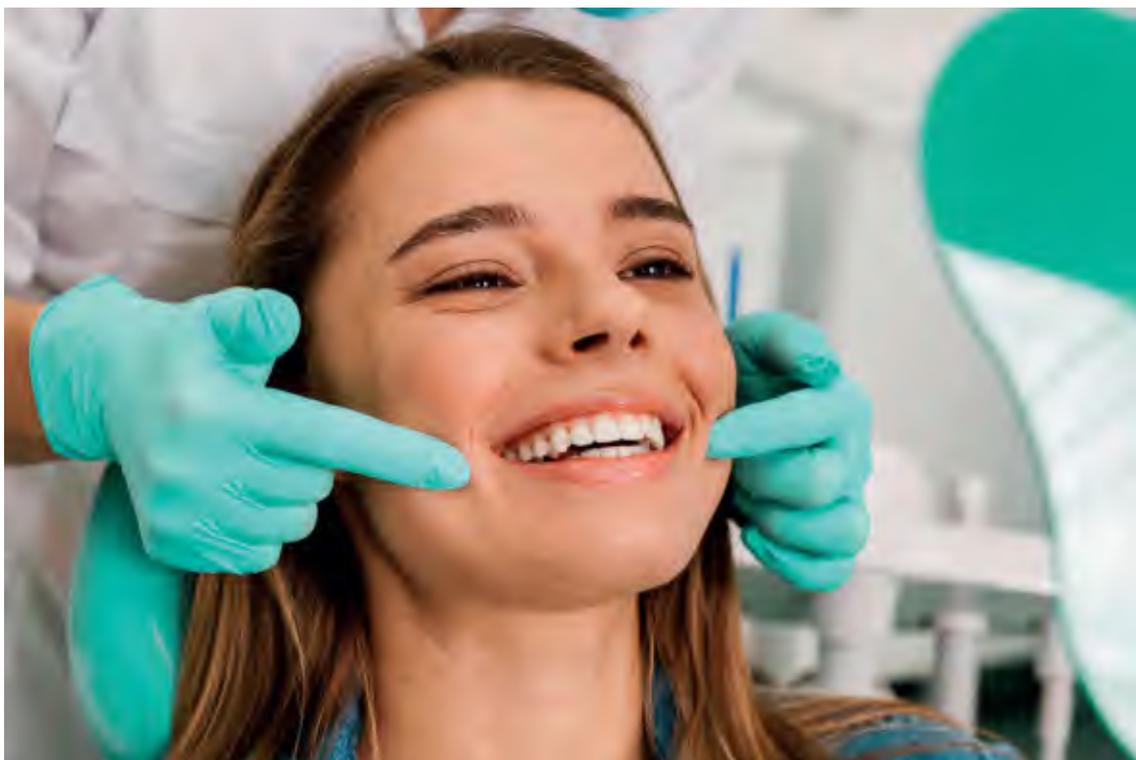
3. All'articolo 8, comma 1, lettera h-ter), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «. Il requisito della specializzazione non è richiesto per l'accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale».

Il Presidente landolo rilasciò precedentemente all'approvazione del testo un comunicato in cui sottolineava che "Il ristretto numero di Odontoiatri specialisti nelle tre materie di specializzazione oggi esistenti rischia di bloccare l'accesso concorsuale all'ormai prossimo rinnovo degli organici dirigenziali pubblici, di cui la maggior parte sarà presto in età pensionabile. Giova ricordare, inoltre, come le scuole di specialità in Odontoiatria per lungo tempo non sono state nemmeno attivate nelle varie sedi universitarie e quindi il requisito d'accesso della "specializzazione nella disciplina" rende di fatto impossibile il ricambio generazionale nei ruoli dirigenziali pubblici".

Giusto una puntualizzazione va fatta: nei concorsi, l'essere in possesso di diploma di specialità garantirà, là dove è previsto, un punteggio maggiore rispetto al non specialista. Questo decreto può aiutare ad evitare quel decli-

no verso cui l'odontoiatria pubblica sembra inesorabilmente indirizzata? Sicuramente aiuterà se di numeri, e nella fattispecie di organico di professionisti e di mancato ricambio, si va a cercare per dare una spiegazione alla lenta, ma continua dissoluzione di un servizio ospedaliero e alla sempre maggiore difficoltà nel dare assistenza e garantire i Livelli Essenziali di Assistenza odontostomatologica. Storia a parte potrebbe riguardare invece *il ridotto numeri di concorsi ed il ridotto numero di posti messi a disposizione*: queste due cose potrebbero "stemperare" la sferzata di aria fresca introdotta dalle novità contenute nel D.Lgs 34/2023 "Decreto Bollette" (guarda che caso!).

Comunque, nel frattempo, l'ASST Melegnano e Martesana ha bandito, il 27 Luglio, un concorso per Odontoiatri che contempla tutti i benefici della nuova norma.





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

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

