



Bollettino

01-02/2022

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

indice

- | | |
|----|--------------------------------|
| 3 | RELAZIONE DEL PRESIDENTE |
| 19 | ABBI CURA DI CHI TI CURA |
| 27 | COME COMUNICARE LA MALATTIA |
| 46 | IL VERME DI GUINEA E SAN ROCCO |

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

Sommario

- 3 RELAZIONE DEL PRESIDENTE
- 15 RELAZIONE DEL TESORIERE
- 19 ABBI CURA DI CHI TI CURA
- 22 STRATEGIE DI COMUNICAZIONE
- 27 COMUNICARE LA MALATTIA
- 17 CONVOCAZIONE ASSEMBLEA
- 32 CRITICITÀ DELLA COMUNICAZIONE
TRA MEDICO E PAZIENTE
- 35 CARDIOLOGIA PREVENTIVA E
RIABILITATIVA
- 39 A.M.N.I. UNA REALTÀ AL FEMMINILE
- 41 IMPATTO DELLA NATURA SULLA SALUTE
- 43 ACQUA E SALUTE
- 46 IL VEME DI GUINEA E SAN ROCCO
- 51 ASSOCIAZIONE MEDICI E ODONTOIATRI
- 53 DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DEL
PESO
- 57 RIEDIZIONE DEL SAGGIO STORICO-
MEDICO SULLE PESTILENZE DI PERUGIA
- 59 FORMAZIONE DELL'ASO
- 62 APP E SMART WATCH

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

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 DEL PRESIDENTE

DOTT. SSA VERENA DE ANGELIS

Il 19 dicembre 2021 presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Perugia (Dipartimento di Medicina) si è svolto l'annuale Assemblea Generale Ordinaria degli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri di Perugia.

Il Presidente, al suo primo mandato, ha iniziato l'incontro porgendo un cordiale ed emozionante saluto a tutti i convenuti, colleghi e autorità presenti e ringraziando l'Università per aver concesso l'Aula Magna al fine di garantire il rispetto delle regole anti COVID in giorni particolari che vedevano una rapida risalita dei contagi. Ha sottolineato come il momento più significativo e solenne sarebbe stato il Giuramento di Ippocrate da parte dei giovani laureati neo-iscritti ai nostri Albi professionali, pronunciato di fronte alla comunità dei Medici e Odontoiatri e alla società civile subito dopo il riconoscimento del cinquantesimo anniversario di laurea ai colleghi laureati nel 1971 in e dopo altri due riconoscimenti "speciali". Prima di passare agli argomenti posti all'ordine del giorno, sono stati ricordati i colleghi che ci hanno lasciato negli ultimi due anni, l'arco di tempo che va dall'ultima assemblea che ci ha visto riuniti nel dicembre 2019 fino a dicembre 2021. Alcuni di loro hanno perso la vita in prima linea a causa del Covid e il loro ricordo è stato ancora più caro e commosso, dal momento che il loro è stato un sacrificio estremo in una lotta che ancora oggi continua. A loro, dopo averli citati per nome, l'assemblea ha dedicato un minuto di raccoglimento.



DOTT. ABDEL QADER MOH'D
 DOTT. AISA SEBASTIANO
 DOTT. ANTONINI PIETRO
 DOTT. APPOLLONI MASSIMO
 PROF. BARONI MICHELE
 PROF. BISACCI ROBERTO
 DOTT. BOCO PIERO
 DOTT. BRANDO STEFANO

DOTT. BRIZZI ALESSANDRO
 DOTT.SSA BRUNELLI MARIA RITA
 DOTT. BUGATELLI STEFANO
 DOTT. CAMONI ERNESTO
 DOTT. CAPRINI GIAN LUIGI
 DOTT. CASELLI PAOLO ETTORE MARIA
 DOTT.SSA CECCHINI LUCIANA
 DOTT. CIACCA GIULIO

DOTT.	DE ANGELIS MASSIMILIANO	DOTT.SSA	MASSA MARIA
DOTT.	DONNINI PIETRO	DOTT.SSA	MATTEUCCI DONATA
DOTT.	FANCELLI FAUSTO	DOTT.	ORFEI MICHELE ANGELO
DOTT.SSA	FANELLI IOLANDA	DOTT.	PANTI GIANCARLO
DOTT.	FARALLA OLINDO	DOTT.	PASSERINI GIULIANO
DOTT.	FARNETI CARLO	DOTT.	PATRITI ALDO
PROF.	FEDERICI FRANCO	DOTT.	PENTIRICCI NORBERTO
DOTT.SSA	FERRARA GIUSEPPINA	DOTT.	RADICCHIA CLAUDIO
DOTT.	FIORINI DETTO PELOSI FAUSTO	DOTT.SSA	ROJAS MORENO FRESIA LINA
DOTT.	FIORONI FRANCESCO	DOTT.	ROSCINI RICCARDO
DOTT.	GALLINA RAFFAELE	DOTT.	RULLI PAOLO
DOTT.SSA	GRASSINI RIANDA	DOTT.	SECONDARI ENRICO
DOTT.	INNOCENTI PIERFRANCESCO	DOTT.SSA	SELLI MARIA LAURA
DOTT.	LEANDRI LUCIANO	DOTT.	SPARVOLI GIOVANNI
DOTT.	LUCARELLI MAURO	DOTT.	STELLA MARIO
DOTT.	MAGGI GIUSEPPE CARLO MARIA	DOTT.SSA	STINCHI MARIA TERESA
DOTT.	MANCINI FRANCO	DOTT.	SURANO FILIPPO GIACOMO
DOTT.	MARAGONI GIORGIO	DOTT.	TAZZA GIULIO
DOTT.	MARIANI NATALE	DOTT.	TURRIZIANI ANTONIO
DOTT.SSA	MARZOTTI STEFANIA	DOTT.	ZINGARINI BARILINI ANSELMO

Il Presidente ha rivolto il suo apprezzamento al Dottor Graziano Conti che ha guidato per 24 anni, in veste di Presidente, l'Ordine di Perugia (dopo aver rivestito, nei precedenti 9 anni, il ruolo di consigliere e vice-presidente) dedicandogli passione, tempo e capacità e rendendolo quello che è oggi. Lo ha ringraziato per il lavoro straordinario anche a nome di tutti coloro che hanno avuto modo di collaborare con lui in questi lunghi anni.

Ha ricordato come, nonostante sia 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 è notevolmente accresciuta tanto da diventare necessaria l'assunzione di una quinta unità. Oltre a tutte le problematiche relative alle vaccinazioni, prima, e alle mancate vaccinazioni e conseguenti sospensioni, ora, che impegnano tutti e quattro notevolmente, si è aggiunto lavoro per la possibilità di attivare lo SPID Namirial e la firma elettronica. Un particolare riconoscimento è stato rivolto ai 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.

È stata illustrata la situazione degli Albi al 19 dicembre 2021 che vede:

Iscritti Albo Medici Chirurghi n. 5498 (+131)

Iscritti Albo Odontoiatri n. 748 (+7)

Doppie iscrizioni n. 303 (-12)

Persone fisiche n. 5943 (+150) di cui 3342 uomini (56.2%) e 2601 donne (43.8%)

Prima di procedere con la Relazione del Tesoriere sono stati assegnati due riconoscimenti speciali:



Il primo riconoscimento al Colonnello Giuseppe Schienalunga per l'impegno profuso come Comandante dei Carabinieri, sezione dei NAS, per la salvaguardia della salute dei cittadini.



Quindi, uno speciale saluto e riconoscimento è stato rivolto alla dottoressa Maria Antonietta Caterini per il suo 100° compleanno e per il suo 75° anno di iscrizione. La dottoressa Caterini, ad oggi la decana dell'Ordine, si è laureata nel 1945, ha trascorso gran parte della sua vita professionale nella divisione Tisiopneumologica

del Policlinico di Perugia insieme a suo marito, il Dottor Gastone Falsetti, che ne fu anche il direttore per circa dieci anni. Particolarmente emozionante è stato per tutti i presenti, e in particolare per i più giovani, il racconto e la lucida testimonianza della sua storia lavorativa e il parallelismo che - mutatis mutandis - accomuna il duro periodo bellico da lei vissuto come giovane medico, e ancor prima come studentessa già coinvolta in prima linea, con la attuale feroce pandemia.

I presenti hanno poi ascoltato il Tesoriere dott. Andrea Donati che ha illustrato:
1) il Bilancio di previsione 2022 licenziato dal Consiglio direttivo nella seduta del 13 dicembre 2021.
2) le modifiche delle quote di iscrizione all'Ordine per l'anno 2022.

Preso atto della esauriente e precisa relazione del Tesoriere, della approvazione del Collegio dei Revisori, degli approfondimenti del Presidente i documenti sono stati approvati alla unanimità.

RELAZIONE

Quello di oggi è il mio primo discorso all'assemblea degli iscritti in qualità di Presidente e faccio fatica a nascondere la grande emozione derivante dal farlo rivestendo tale prestigioso incarico, nella piena consapevolezza delle altrettanto grandi responsabilità che esso comporta.

Quanto al rinnovato Consiglio Direttivo, mi piace osservare che è rappresentativo dei diversi ambiti lavorativi, che abbiamo un sostanziale equilibrio di genere e una accresciuta presenza di giovani colleghi. Questa varietà di componenti è stata sin da subito una ricchezza e ha consentito di ponderare tutte le scelte prese attraverso un'analisi quanto più completa possibile, perché osservata tramite molteplici punti di vista.

Durante quest'anno abbiamo prontamente istituito le Commissioni di lavoro, composte da componenti del Consiglio direttivo e iscritti al nostro Ordine esperti di settori specifici, che sono state vere e proprie fucine di idee e proposte a supporto dell'attività che l'Ordine sarà chiamato a svolgere nei processi decisionali e organizzativi della Sanità regionale;

1. **AMBIENTE E SALUTE** con coordinatore il Dottor Giorgio Miscetti;
2. **COMUNICAZIONE** con coordinatore Dottor Tiziano Scarponi;
3. **ETICA, DEONTOLOGIA E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE** con coordinatore il Dottor Alfredo Crescenzi ;
4. **FORMAZIONE & AGGIORNAMENTO** con coordinatrice la dottoressa Claudia Giannoni (*Formazione/Informazione ENPAM*);
5. **GIOVANI MEDICI (COGMO)** con coordinatore il Dottor Gian Marco Mattioli;
6. **RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI** con coordinatore il Dottor Giorgio Miscetti;
7. **SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI** con coordinatore il Dottor Mario Berardi;
8. **Progetto Biologia con Curvatura Biomedica.**

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

Le Commissioni sono state individuate al fine di poter rappresentare al meglio ai decisori e alla società civile la visione e le proposte della nostra comunità medica e odontoiatrica.

La legge n. 3/2018 ha modificato alcuni aspetti nella vita dell'Ordine, compresa la formazione del Collegio dei Revisori dei Conti. Abbiamo pertanto nominato, dopo aver visionato i curricula ed aver ascoltato i pretendenti la dottoressa Valentina Pellicciari come Presidente dei Revisori dei Conti.

L'attività formativa, da sempre fiore all'occhiello dell'Ordine, è stata fortemente ridimensionata a causa delle misure restrittive COVID correlate. Tuttavia il 25 settembre scorso 2021, grazie al lavoro della Commissione presieduta dalla dottoressa Giannoni, si è tenuto il primo convegno nuovamente in presenza dall'inizio dell'emergenza pandemica da Sars-Cov2, organizzato presso la sede dell'Ordine dei Medici di Perugia e con la partecipazione delle professoresse Daniela Francisci e Antonella Mencacci e dei loro collaboratori dal titolo **"Attualità in tema di infezione da Sars-Cov2"**, che ha affrontato i temi relativi alla diagnosi, alla sorveglianza microbiologica, alle varianti del virus Sars-Cov2 accanto a temi riguardanti gli aspetti clinici e terapeutici di Covid19 e i vaccini.

Grazie ai relatori brillanti, il convegno è risultato interessante e partecipato e ha dimostrato tutta la voglia dei nostri medici riprendere le attività formative in presenza.

Altrettanto importanti e interessanti gli altri quattro incontri che siamo riusciti a tenere in presenza, l'ultimo il 20 novembre scorso.

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. Di recente si è aggiunta la convenzione per il **Progetto di Biologia con Curvatura Biomedica**. Avere poi la federazione nazionale FNOMCeO/OMCeO in rete consente, tramite le strutture della federazione stessa, una semplificazione e accelerazione delle procedure di accreditamento.

Per quanto riguarda il **Progetto di Biologia con Curvatura Biomedica**, quest'anno seguiremo il percorso di studenti liceali di alcune classi degli ultimi tre anni di 3 licei della provincia di Perugia: un sentito ringraziamento va a tutti i 50 medici che si sono resi disponibili, a titolo gratuito, a fornire il loro tempo e le loro competenze nell'ambito del progetto.

Non è necessario ricordare che questa assemblea ordinaria cade in un tempo caratterizzato da una particolare se non unica condizione, la pandemia da Covid19, che è ancora lontana dal risolversi mentre noi ci troviamo ad affrontare problematiche importanti per il futuro della nostra professione. Sono reduce da due giorni di Assemblea Nazionale Annuale della FNOMCEO in cui sono stati affrontati temi contestualizzati al periodo che stiamo vivendo: un pomeriggio è stato dedicato quasi esclusivamente ai problemi connessi al DL n. 172 del 26 novembre 2021 che apporta modifiche al precedente DL n. 44 del 01 aprile 2021, in cui si ribadisce che **La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione** e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati.

Solo in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale, nel rispetto delle circolari del Ministero della salute in materia di esenzione dalla vaccinazione anti-Covid- 19, non sussiste l'obbligo di cui al comma 1 e la vaccinazione può essere omessa o differita.

Ad oggi, **19 dicembre 2021**, in seguito all'accertamento da parte delle ASL effettuato fino al 26 novembre appunto, risultano sospesi 36 medici (compresi gli odontoiatri), mentre circa 15 hanno presentato un certificato di esenzione.

Parte dell'assemblea è stata dedicata al Codice Deontologico e alla necessità di modificarlo in funzione delle diverse modalità di concepire il nostro lavoro con l'attuale pandemia.

Lo stato d'emergenza ha determinato un ricollocamento di rapporti, posizioni e consuetudini che faticosamente consentiranno un ritorno a ciò che era prima della pandemia, al contrario forse rappresenta un punto di partenza verso nuovi panorami. L'utilizzo della telemedicina e quindi dell'intelligenza artificiale, ci costringe a rivedere il rapporto Medico-Paziente per come lo abbiamo inteso finora; un interesse nato durante la fase più critica dell'emergenza epidemiologica come una necessità, oggi si sta trasformando in una riflessione circa l'opportunità che l'approccio assistenziale a distanza può riservare alla professione medica e ai pazienti. L'intelligenza artificiale di fatto ha già portato importanti trasformazioni nei diversi sistemi sanitari occidentali - è una realtà nel Sistema Sanitario Inglese (Babylon) - e ne porterà nei prossimi: aiuterà noi medici a raccogliere, organizzare ed elaborare i dati clinici, con lo scopo di anticipare diagnosi, indicare soluzioni e pianificare strategie terapeutiche personalizzate. Esistono dei precetti nel nostro Codice deontologico riservati alla telemedicina. I professionisti tendono ad approfondire gli aspetti della responsabilità medica e della tutela dei dati personali, ma pochi si soffermano sulla responsabilità deontologica che impatta sul medico intenzionato a utilizzare questo nuovo modo di prestare assistenza a distanza. Il Codice di deontologia medica dedica l'art. 78 alla "Informatizzazione e innovazione sanitaria":

"Il medico, nell'uso degli strumenti informatici, garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche.

Il medico, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici, persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la consapevole partecipazione della persona assistita.

Il medico, nell'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, si attiene ai criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi allegati."

Gli indirizzi applicativi dell'art. 78 tentano di spiegare l'approccio che deve avere il professionista nell'utilizzare gli strumenti informatici per fini di assistenza e cura e in particolare viene specificato:

“Il medico, facendo uso dei sistemi telematici, non può sostituire la visita medica, che si sostanzia nella relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale; può invece utilizzare gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica”.

Trarre il massimo vantaggio dall'intelligenza artificiale non deve farci dimenticare che la tecnologia non può sostituire il medico, è di enorme aiuto riuscendo a scomporre e ricomporre una quantità di dati impossibile per il cervello umano, ma è sempre quest'ultimo l'elemento, nel nostro caso il medico, che dà un senso ai dati analizzati. Sta poi a noi usarla in modo virtuoso, sia dal punto di vista scientifico che morale, senza mai dimenticare la dimensione deontologica del rapporto con il paziente e con i colleghi.

Ma il filo conduttore di tutto quest'anno è stato tema delle vaccinazioni. Per i vaccini abbiamo vissuto settimane critiche, con rapporti a dir poco inesistenti con i vertici Regionali. Abbiamo affrontato tutti insieme, medici e Odontoiatri questa battaglia.

L'ultima lettera del Presidente Graziano Conti all'Assessore e al Commissario straordinario COVID è datata 28 dicembre 2020 e aveva come oggetto: “piano di vaccinazione Covid 19 – Vaccinazione degli operatori sanitari e sociosanitari.” Si sottolineava il fatto che dalla circolare emessa dalla Regione sembrava ipotizzarsi l'eventualità che nel piano vaccinale riservato agli operatori sanitari della Regione Umbria non fosse ricompresa la categoria dei medici chirurghi e degli odontoiatri liberi professionisti. Dalla lettera è scaturito il comunicato stampa del 30 dicembre 2020, che può ritenersi ancora attuale *[Di fronte al dibattito che in questi giorni si è svolto e continua ad accendere le discussioni in merito alla Vaccinazione anti Covid 19 ricordiamo che l'articolo 32 della Costituzione sancisce come primo principio la protezione della salute di tutti e la libertà di scelta, anche del rifiuto delle terapie. Oggi però è in gioco il diritto fondamentale, più che alla salute alla vita stessa, considerate le migliaia di morti di quest'anno e le centinaia che ancora dobbiamo piangere ogni giorno. E' per questo che quando la scelta di non curarsi mette a rischio la salute degli altri, è la seconda che deve prevalere, per tutti ma soprattutto, per il personale sanitario. “La strada maestra è quella del dialogo, del confronto e del convincimento. La scienza ha degli argomenti così solidi, così forti, che documentano così chiaramente l'importanza del vaccino che sarebbe sbagliato arroccarsi su posizioni di chiusura, di assenza di confronto che invece è fondamentale. Fatto salvo però una cosa. Va detto chiaramente che l'interesse della collettività viene sempre prima di quello del singolo”. La Corte Costituzionale ha del resto fissato, nelle sue sentenze, dei paletti precisi affinché un vaccino sia reso obbligatorio: la certezza dei dati scientifici, attestata dalle istituzioni sanitarie*

nazionali e internazionali competenti e l'accertata indispensabilità, per la tutela della salute e della vita dei cittadini, di un così pervasivo intervento. Elementi che, a nostro giudizio ricorrono anche in questa emergenza. Nessuno vuole impedire il confronto, ma riteniamo che chi rifiuta il vaccino non possa stare in corsia o operare nelle RSA.]

La prima lettera del nostro attuale direttivo è datata 17 gennaio 2021 ed è stata scritta dopo aver preso visione della nota Regionale del 13 gennaio 2021 con oggetto "Piano vaccinazione anti-Covid 19 Regione Umbria" in cui ancora una volta venivano esclusi dalla vaccinazione tutti i medici e gli operatori sanitari che operavano nel privato e/o medici pensionati. Con non poche difficoltà, alla fine di febbraio 2021 siamo riusciti ad ottenere la vaccinazione per tutti i colleghi anche se con tempistiche non sempre ottimali.

In relazione a questa prima fase, tengo a ricordare che per far fronte alla carenza del personale vaccinatore abbiamo come Ordine inviato una lettera agli iscritti chiedendo loro una manifestazione d'interesse e ben 180 colleghi si sono resi disponibili a Vaccinare. Ebbene, questa nostra lista, molto ben organizzata, non è mai stata presa in considerazione dalla nostra Regione. Ringrazio ancora oggi tutti i colleghi che si sono resi disponibili mettendo a disposizione il loro tempo libero e le loro competenze a vantaggio dei cittadini.

Ringrazio sentitamente il dottor Tiziano Scarponi, le dottoresse Francesca Orfei, Rachele Brugnano e Marisa Baldoni e il dottor Montanari, per essere stati di prezioso aiuto quando come OMCeO abbiamo deciso di vaccinare i soggetti senza fissa dimora e le persone a 'bassa soglia'.

Negli stessi mesi, sempre in seguito alla drammaticità e all'urgenza dettate dalla pandemia, al fine di incrementare il numero di vaccinazioni abbiamo invece assistito all'attribuzione, da parte del legislatore, di funzioni proprie del medico a figure non mediche. Al di fuori di ogni aspetto corporativo, abbiamo come Ordine immediatamente denunciato, scrivendo prima una mail a tutte le autorità regionali (Governatrice, Assessore, Direttore Generale, Commissario straordinario) e poi, non avendo risposta, a mezzo stampa, il fatto che l'assenza del medico incide sulla qualità delle cure e sulla tutela della salute. Anche laddove, seppur in ruoli diversi e complementari, le professioni sanitarie sono chiamate a collaborare non si può in alcun modo legittimare il trasferimento di funzioni mediche peculiari ed esclusive ad altre figure a tutela soprattutto della salute dei cittadini.

A tal proposito **richiamando l'Art. 66 del nostro CD "Rapporto con altre professioni sanitarie" e facendo seguito al D.M. 7 Gennaio 2020**, che istituisce la Consulta Permanente delle Professioni Sanitarie e Socio Sanitarie a livello nazionale, nel giugno scorso, gli Ordini delle Professioni Sanitarie della nostra Regione, che rappresentano migliaia di professionisti sanitari, hanno ritenuto opportuno e necessario dar luogo a tale modello anche nella nostra realtà regionale. Anche in vista del Piano Sanitario Regionale, risulta evidente la necessità di adottare un nuovo "paradigma sanitario" che sia in grado di rispondere al cambiamento

delle esigenze e dei bisogni della cittadinanza, un modello sanitario innovativo e resiliente, che sappia usufruire della multidisciplinarietà delle competenze dei nostri professionisti.

La pandemia di Covid19 ha messo in luce e amplificato carenze e zone grigie preesistenti nel nostro Servizio Sanitario, frutto di decenni di tagli lineari e di politiche che vedevano la salute e i professionisti solo come costi su cui risparmiare e non come risorse sulle quali investire. La pandemia ha acceso impietosamente un riflettore su criticità e carenze ormai strutturali. Carenze di personale, con medici ospedalieri sottoposti a turnazioni eccessive, carenze strumentali e di posti letto nelle terapie intensive, carenze organizzative territoriali, con i medici di Medicina Generale, di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale abbandonati a sé stessi, senza indicazioni operative e nelle fasi iniziali privi di qualsiasi dispositivo di protezione individuale. Carenze nella sicurezza, appunto, che hanno portato molti Colleghi a contagiarsi e 365 di essi, a livello nazionale, a pagare con la vita l'impegno nella tutela della altrui salute; a loro e ai loro familiari va il ringraziamento e il cordoglio della nostra comunità.

Un enorme ringraziamento sicuramente va ai tanti colleghi che oggi lavorano, stremati, nei reparti di rianimazione, nei reparti Covid e anche in tutti quei reparti dove i pazienti rischiano di arrivare in ritardo a causa dei blocchi delle prestazioni, nonché ai medici di medicina generale.

Una riflessione amara ma doverosa va fatta per coloro, per fortuna pochi, che scelgono di non vaccinarsi e/o di rilasciare facili certificazioni, richiamando quanto scrissi nel primo numero del bollettino dello scorso anno: oltre le proprie ingiustificate convinzioni e la violazione del codice deontologico, se gli ospedali si riempissero di pazienti COVID e così le terapie intensive, come potremo gestire i pazienti Non Covid? Potremo garantire la stessa qualità di assistenza? Ci sarà sufficiente personale per garantire percorsi ospedalieri? Quali i tempi di attesa per curare le altre patologie non covid-relate? Quali tempi di attesa, anche in urgenza, per accedere alle cure?

Il 20 febbraio 2021 si è tenuta la cerimonia di commemorazione dei medici e degli odontoiatri scomparsi per COVID 19, organizzata dalla FNOMCeO in occasione della "Giornata Nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato" istituita quale solennità civile con la Legge n.155/20.

Questa giornata è nata dall'idea del regista Ozpetek ed è stata supportata poi dal Presidente della Siae, Mogol, che ha lavorato e contribuito alla realizzazione di una composizione/rivisitazione di un brano musicale, diventato inno dei giorni del Covid, realizzata tutta a distanza, in cui sono stati coinvolti come musicisti due nostri cari amici e iscritti, la dottoressa Francesca Cencetti e il dottor Gianfranco Alunni.

Avremmo voluto dedicare più tempo anche ai tanti colleghi, nostri iscritti, che si sono distinti in vari campi della medicina e non. Alcuni hanno ricevuto

riconoscimenti nazionali e internazionali di rilievo in campo scientifico, altri nel campo letterario. Sarà un piacere poterli ricevere prossimamente presso la nostra sede istituzionale.

Se c'è qualcosa che abbiamo imparato durante questa pandemia è che fare previsioni è azzardato perché il margine di incertezza, di fronte a così tante variabili in gioco, è grande.

L'assemblea è poi proseguita con la consegna delle medaglie ai Colleghi laureati nel 1971 che hanno festeggiato i cinquanta anni di laurea con una testimonianza di affetto, di riconoscenza e di stima nei confronti di ciascuno di loro.



COLLEGHI LAUREATI NEL 1971

Dott. Giuseppe Affronti, dott. Pierluigi Azzola, dott.ssa Wilma Barbosa Fagundes, dott. Francesco Maria Barzi, dott.ssa Rosaria Basile, dott. Paolo Batocchi, dott. Mario Bensi, dott. Pio Buoncristiani, dott. Mauro Calabresi, prof. Giuliano Giorgio Cerulli, dott. Pietro Corbelli, dott. Diego Corinaldesi, dott. Giuseppe Corneli, dott. Enrico Di Martino, dott. Ettore Ercolanoni, dott. Luciano Ferrin, prof.ssa Caterina Firenze, dott.ssa Anna Maria Fragasso, dott. Lucio Girelli, dott.ssa Ornella Giulietti, dott.ssa Teresa Kurlowicz, dott. Angelo Vincenzo Maiuro, dott. Leonardo Marletta, prof. Massimo Massi Benedetti, dott. Silvio Miletta, dott.ssa Marcella Monicchi, dott. Francesco Paoletti, dott. Giovanni Pastorelli, dott. Gian Piero Pelliccioli, dott. Oronzo Giuseppe Bruno Penza, dott. Gianfranco Perticoni, dott.ssa Loretta Rocchetti, dott. Vittorio Ronci, dott. Francesco Rondoni, dott. Riccardo Ruggeri, dott. Ernesto Simoni prof. Giuliano Stagni.

Successivamente, sono stati consegnati i premi di laurea dell'Ordine intitolati ai colleghi Domenico Tazza e Cesare Fiore ai dott.ri Gasperini Claudia, Gaia Ferraguzzi, Gaia Baccarini, Marcello Casuso Alvarez e Maddalena Coniglio; quello per cardiologia intitolato a Luigi Balducci consegnato dalla dottoressa Annabella Scatena alla dott.ssa Francesca Fedeli, quello per l'anestesiologia intitolato a

Fabio Giaino consegnato dalla dottoressa Francesca Orfei alla dott.ssa Iside Morabito e quello per la chirurgia intitolato a Ugo Mercati consegnato dalla figlia avv. Livia Mercati al dott. Fabrizio Tedone.



Al termine della giornata il momento più importante e suggestivo dell'Assemblea: il Giuramento dei nuovi iscritti, che è stato letto all'unisono 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 Ippocrate e quello più recente della Federazione Nazionale, il distintivo dell'ordine ed una penna USB contenente l'albo degli iscritti e un vademecum per la professione.



RELAZIONE DEL TESORIERE

DOTT. ANDREA DONATI

L'inusuale cornice dell'Aula Magna della Facoltà di Medicina dell'università di Perugia, messaci cortesemente a disposizione dal Prof. Vincenzo Nicola Talesa ha ospitato la consueta assemblea di fine anno dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Perugia. Come per lo scorso anno, in cui l'assemblea si è tenuta addirittura on-line, la necessità di consentire il distanziamento e quindi la protezione dei partecipanti, ci ha costretto a cercare una sede più consona, in fatto di capienza, per consentire lo svolgimento dei lavori in tutta sicurezza.

Come ormai da un paio di anni sta capitando, l'assemblea ordinistica annuale non è più unica, essendo stabilito per legge che i bilanci debbano essere presentati con cadenze definite e prefissate.

All'assemblea di dicembre è riservata esclusivamente la presentazione dei bilanci di previsione per l'anno a venire, sia di cassa (ovvero riferiti alle entrate ed uscite che materialmente avranno luogo nell'anno di riferimento), che di competenza (ovvero riferiti ai movimenti che dovrebbero avvenire nell'anno di riferimento, perché di loro pertinenza).

Come di consueto l'approvazione di tali bilanci era necessario avvenisse entro l'anno solare che precede quello di riferimento, pena l'avvio di uno scomodo esercizio provvisorio, che avrebbe di molto limitato le nostre possibilità di spesa. Inoltre tali bilanci prevedono la loro chiusura in pareggio, ovvero prendendo quanto residua, in passivo o in attivo, nell'annata che precede (che tecnicamente per il bilancio di cassa si chiama "fondo cassa" e per il bilancio di competenza "avanzo di amministrazione"), sommandovi le entrate e sottraendone le uscite, dovrebbe portare ad un saldo pari a zero.

Qui a fianco sono riportati in maniera molto sintetica tali bilanci, il cui dettaglio, approvato sia dal collegio dei revisori dei conti, presieduto dalla dr.ssa Valentina Pellicciari, sia presentato ed approvato dal consiglio dell'Ordine in data 03/12/2021, è naturalmente a disposizione di chi fosse interessato.



La seconda parte della relazione ha invece riguardato la modifica delle quote di iscrizione.

In passato la quota di iscrizione era “unica ed indivisibile” e nulla poteva essere formalmente fatto in tal senso; la legge Lorenzin del 2018 ha cambiato diverse cose all’interno delle istituzioni ordinistiche, permettendo tra l’altro (è fatto recente) di diversificare appunto tali quote.

In seguito a ciò è stata opinione unanime del consiglio che per alcune categorie di iscritti (under 30, over 75, doppi iscritti) potesse essere riconosciuto uno status contributivo diverso (perché appena affacciati alla professione, o perché in procinto di uscirne, o già usciti, o perché una doppia quota intera fosse formalmente eccessiva) con riduzioni, sulle quota da versare, da 20 fino a 80 Euro; contestualmente, per compensare questi minori introiti, ed avviare ad un sensibile aumento previsto per altre voci di spesa (una su tutte l’assunzione di un quinto dipendente), la quota per tutti gli altri iscritti ha subito un leggero ritocco al rialzo (da 90 a 100 Euro).

Nonostante ciò l’Ordine dei Medici di Perugia è diventato l’Ordine d’Italia con la più bassa quota di iscrizione.

Questo non può che inorgogliarci, perché è evidentemente frutto di una conduzione economica attenta ed oculata, non certo merito di chi vi scrive, che ne ha solo raccolto i frutti, ma delle passate gestioni. Chi ci ha preceduto ha infatti davvero saputo costruire un consistente avanzo di amministrazione (che come dicevamo non ci dovrebbe essere, ma che per fortuna c’è) a fronte di una quota da sempre contenuta, ma che ora, più di tutto e di dovunque, vuole gravare il meno possibile sulle spalle di noi iscritti.

RELAZIONE SU BILANCIO DI PREVISIONE 2022

TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2021

SALDO C/C BANCARIO AL 4/11/2021	€	954.431,12
SALDO CASSA CONTANTI AL 24/11/2021	€	1.0841,83
TOTALE DISPONIBILITA' AL 24/11/2021	€	955.472,95
<hr/>		
+ ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2021 (Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip...)	€	17.421,07
- SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2021 (Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13 ^a , Onorif. agli iscritti Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)	€	83.573,85
FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2021	€	889.320,95

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2022

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2021	€	889.320,95
+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2021 (Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)	€	1.557,07
- RESIDUI PASSIVI PRESUNTI AL 31/12/2021 (Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino consulenze, consumi, proc. Informatiche...)	€	180.317,17
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2022	€	710.560,85

BILANCIO DI PREVISIONE 2022 (Competenza)

ENTRATE		COMPETENZA
Avanzo di Amministrazione Presunto	€	710.560,85
Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2022 e contr. c/FNOMCeO)	€	577.820,00
Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi contr. FNOMCeO e ENPAM)	€	58.750,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	€	5.000,00
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	€	0
Entrate per PARTITE GIRO (Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	€	132.000,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€	1.484.130,85

USCITE		COMPETENZA
Spese CORRENTI (Spese conv. assemblea, ind. Cons., stipendi, V unità, cond., pulizia, consumi energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze, Pres. Rev. Conti, Ref. Trasnsiz. al digitale, ass. e manut, proc. Info, macchine...)	€	1.100.130,85
Spese in CONTO CAPITALE (miglioramenti sala Riunioni, acquisto proc. Informatiche...)	€	252.000,00
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	€	0
Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)	€	132.000,00
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€	1.484.130,85

BILANCIO DI PREVISIONE 2022 (Cassa)

Per ciò che riguarda il **BILANCIO DI CASSA A PAREGGIO**, infine, si può riassumere secondo le presenti tabelle:

ENTRATE	CASSA
Fondo iniziale di cassa presunto al 01/01/2022	€ 889.320,95
Entrate CONTRIBUTIVE	€ 578.714,00
Entrate DIVERSE	€ 58.750,00
Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI	€ 5.000,00
Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI	€ 0
Entrate per PARTITE GIRO	€ 132.663,07
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€ 1.664.448,02

USCITE	CASSA
Spese CORRENTI	€ 1.123.411,35
Spese in CONTO CAPITALE	€ 379.604,19
ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	€ 0
Spese per PARTITE DI GIRO	€ 161.432,48
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	€ 1.664.448,02



ABBI CURA DI CHI TI CURA: RIFLESSIONI SULLA GIORNATA NAZIONALE DI EDUCAZIONE E PREVENZIONE CONTRO LA VIOLENZA DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Mentre sto scrivendo queste riflessioni il mio pensiero non può non andare al popolo Ucraino che sta subendo la peggiore violenza possibile. La guerra non ha mai giustificazioni e non esistono a mio giudizio guerre sante o giuste e spero che si possa arrivare alla pace al più presto. Nel frattempo esprimo piena solidarietà a chi soffre e invito tutti i colleghi ad adoperarsi per qualsiasi tipo di aiuto umanitario che ci verrà richiesto. Come è mio solito inizio con il riportare un fatto che ho vissuto in prima persona in quanto, a differenza di ragionamenti astratti, mi consente di mettere a fuoco immediatamente la pura e nuda realtà.

Eravamo di notte in pieno *lockdown* verso la fine di marzo 2020, quando squilla il mio cellulare e riconosco la voce di una mia giovane tirocinante dello scorso anno che mi dice: "Dottore, mi scusi se la disturbo ma è una urgenza! Sto facendo la Guardia Medica da sola in una postazione isolata, mi sono chiusa dentro e prima di far entrare qualcuno faccio il triage per valutare i pazienti con sintomi sospetti di infezione da Covid. Un soggetto cui ho negato l'accesso perché era febbrile e con tosse ha iniziato a urlare, ha preso a calci la porta, ha detto che mi aspetta fuori in quanto prima poi sarò costretta ad uscire e ci penserebbe lui a sistemarmi.....che faccio? Chiamo i carabinieri?"

Questo non è che una piccola storia, ma senza dubbio abbastanza paradigmatica di quello che accade. La cronaca di questi ultimi anni ha registrato purtroppo molti episodi simili arrivando anche a casi di omicidio, specialmente di giovani colleghe che lavoravano in Guardia Medica.

Certo, l'omicidio rappresenta il caso limite ed eccezionale, ma l'aggressività e la violenza nei Pronto Soccorso, nei confronti del personale del 118, nell'ambulatorio del medico di medicina generale e in guardia medica comincia ad essere una realtà quotidiana. Dispiace dirlo ma da figura quasi sacra ed intoccabile di un passato nemmeno poi tanto lontano, siamo diventati il capro espiatorio di tutte le criticità e le falle del Servizio Sanitario Nazionale e non solo.



Non spetta a me spiegare le cause di questo fenomeno che sta sempre più crescendo: sociologi, antropologi e analisti dovranno dare delle risposte, a me compete rappresentare il nostro disagio cercando di abbozzare qualche provocazione come è mia abitudine.

Alzarsi la mattina, andare al lavoro e mettersi addosso 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 te 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'efficienza ...quando 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.

Violenza pertanto non è solo essere aggrediti fisicamente e a questo problema ci si dovrà porre senz'altro rimedio, come è previsto dal D. Legge 81 del 9 aprile 2008 e s.m. "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro". Violenza è anche il continuo martellamento della pubblicità da parte di gruppi di avvocati che invitano i cittadini a fare rivalsa su di noi se pensano di avere subito un danno da parte del nostro operato. Questo comporta una nostra situazione psichica di continuo stato di allerta e ci costringe alla medicina difensiva che ci spinge a sottoporre il cittadino qualche volta ad accertamenti inutili, il che amplifica ulteriormente l'aggressività verso il medico.

Istigazione indiretta alla violenza è anche l'incremento delle pastoie burocratiche per potersi curare e il far peregrinare un cittadino da un servizio all'altro senza che ci sia nessuno che se ne faccia carico.

Come se non bastasse la pandemia di coronavirus ha gettato ancora più benzina sul fuoco. Lo spettacolo dato da eminenti clinici o scienziati che nei media hanno detto tutto e il contrario di tutto, che si sono confrontati su ipotesi e su scelte che hanno poi condizionato la vita sociale e personale a tal punto che qualcuno è arrivato a parlare di "dittatura sanitaria", ha certamente accresciuto l'aggressività nei nostri confronti. Eroi o tiranni? Spesso il giudizio ha oscillato fra questi due estremi e ancora ne stiamo pagando le conseguenze.

Con l'arrivo della vaccinazione anti covid che ha portato innegabili risultati positivi si è poi aperto un altro fronte.

Un fronte scivoloso, odioso perché ha portato ad una violenza quasi quotidiana e spesso dal sapore di guerra civile in quanto si è arrivati in qualche caso quasi allo scontro fra colleghi.

Su questo aspetto porto un doppio contributo sia da medico di medicina generale che da vicepresidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia.

Come medico di medicina generale o di famiglia come mi piace ancora definirmi

non posso che testimoniare come la richiesta di esenzione dalla vaccinazione sia una pressione costante , talora garbata, altre volte insistente altre ancora aggressiva. Arrivano pazienti con lettere minatorie di avvocati che citando leggi con un linguaggio incomprensibile per i più, fanno richiesta di decine e decine di accertamenti richiedendo anche un' esenzione dal pagamento del ticket con un codice inapplicabile. Minacciano ripercussioni da codice penale e civile qualora il proprio cliente dovesse incorrere in qualche reazione avversa da vaccino. Difronte al nostro diniego c'è chi si alza e va via, c'è chi insiste alzando la voce e gli irriducibili revocano il proprio medico.

La situazione diventa ancora più pesante quando questi pazienti portano delle certificazioni specialistiche "discutibili" per la loro genericità, ma che convincono il paziente di subire un torto ed un'ingiustizia accrescendo il loro livore e risentimento. Peggio ancora se a richiederti il certificato di esonero è un tuo collega con tutte le implicazioni psicologiche e relazionali che si possono immaginare.

Veniamo al problema visto come Ordine dei Medici. Spesso con la mia presidente lamento ironicamente il fatto che proprio durante la nostra consiliatura doveva capitarci di dover gestire questo ruolo da gendarmi, come ci ha definito qualche collega novax. Quello che molti non capiscono, però, è che l'ordine professionale è un ente sussidiario dello stato ideato per la tutela dei cittadini e non è un organismo per la difesa degli interessi dei medici.

Quando una legge ci impone di vigilare e prendere provvedimenti nei confronti di colleghi che non rispettano le norme a noi non resta, con tutte le valutazioni del caso, che farla applicare. Quale è il prezzo che si paga per questo? Talora quello della contestazione quasi violenta come è successo a Roma, a Terni nella nostra Umbria dove un gruppo di novax capitanati da una collega ha inscenato una manifestazione di protesta sotto le finestre della sede dell'Ordine con cartelli e urla minacciose.

Quello che mi auguro che questa giornata non sia una celebrazione retorica e fine a se stessa, ma sia l'inizio di un ripensamento del nostro ruolo e una vera riflessione sui correttivi e su quello che realmente si possa fare per far cessare questa deriva pericolosa che stiamo vivendo.



STRATEGIE DI COMUNICAZIONE: IL NON VERBALE

DOTT. SSA GIULIANA NATALONI

Servizio Convenzionato di Psiconcologia AUCC/AOP
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
Psicoanalitica Esistenziale "G. Benedetti" di Perugia

Premessa

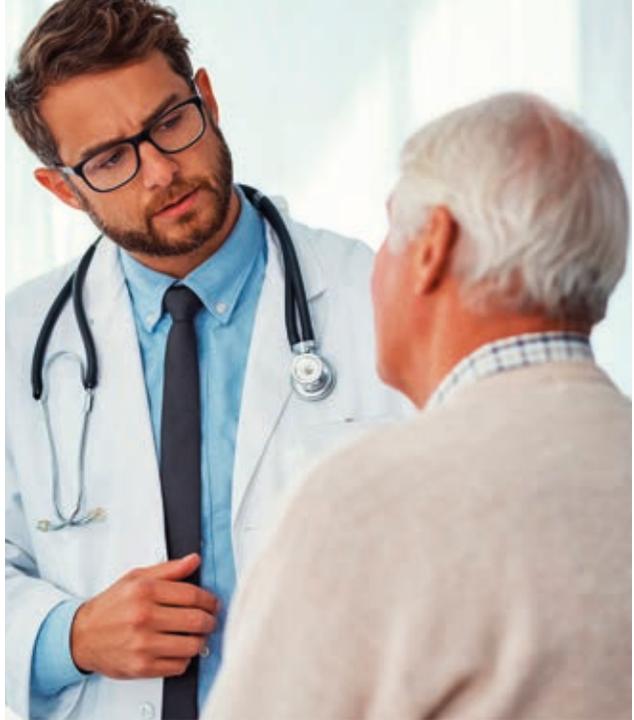
La comunicazione non verbale è un valore universale dell'umanità: tutte le forme di relazione che l'uomo instaura nel corso dell'esistenza, con se stesso, con gli altri esseri umani, con il mondo naturale, fino al suo rapporto con la divinità, sono permeate di non verbale. Nel linguaggio parlato il contenuto extra-verbale ha un potere comunicativo ed emotivo addirittura superiore alle parole stesse. Mehrabian (1971) ha stabilito che solamente il 7% di tutte le informazioni che ci arrivano da un discorso passa attraverso le parole; il restante, che corrisponde alla comunicazione non verbale, si divide in un 38% che ci perviene dal tono della voce e un 55% che arriva dai segnali di mani, braccia, gambe, piedi, etc. Nella comunicazione non verbale il tramite corporeo (contatto oculare, postura, gestualità, gestione dello spazio, mimica facciale e voce) ha un ruolo prevalente e fondamentale e si innesca prima del linguaggio verbale di tipo cognitivo.

La funzione del non verbale

Il compito principale del non verbale, dopo il primo anno di vita, in cui il non verbale rappresenta l'unica modalità comunicativa, sembra essere quello di esprimere le emozioni nell'hic et nunc. L'espressione non verbale è capace non solo di trasmettere intensità, ma anche qualità emotiva riguardo a quanto il soggetto sta vivendo nella sua interiorità, sia in piena consapevolezza che in modo inconsapevole.

Le basi neurofisiologiche della comunicazione non verbale

Tutto il corpo è coinvolto nella comunicazione non verbale: dalle corde vocali che possono produrre un'emissione vocale tremolante, alla muscolatura di una mano che gesticola; dalla vasodilatazione dei capillari che provoca il rossore del volto, alla muscolatura braccio-mano che rende energica una stretta di mano. Possiamo quindi concludere che gran parte delle strutture anatomiche (nervose, muscolari, articolari, ghiandolari, ecc.), grazie alle fibre nervose afferenti ed efferenti,



partecipa a tale processo comunicativo. Certamente il sistema nervoso centrale svolge un ruolo fondamentale nell'integrazione della dimensione irrazionale, che è maggiormente collegata alle emozioni, con quella razionale, che è più connessa alla dimensione del pensiero e alla sua capacità di programmazione e di calcolo delle conseguenze di un gesto, di una parola o di un silenzio. Inoltre esso è in grado di attuare il riconoscimento di quanto sta avvenendo nell'interiorità del soggetto e nell'ambiente, umano e non, che lo circonda. Possiamo pertanto ricordare, se pur in modo sommario, le strutture anatomiche del sistema nervoso maggiormente implicate nella comunicazione non verbale (Schindler e Schindler, 2001):

- *Amigdala*: struttura arcaica del cervello che ha sostanzialmente lo scopo di preservare l'organismo dal pericolo e di farlo con prontezza. Essa è responsabile della cosiddetta "generalizzazione della risposta" a qualunque stimolo provochi un'emozione.
- *Corteccia prefrontale*: area responsabile della discriminazione della risposta, che opera un compromesso tra l'impulso irrazionale iniziale dell'amigdala e l'adeguamento della risposta successivo. La corteccia prefrontale ha anche la funzione di discriminazione sensoriale analitica.
- *Sistema limbico, corteccia entorinale dell'ippocampo*: svolge la funzione di integrazione, associazione ed elaborazione delle differenti modalità sensoriali (sinestesia).
- *Sistema nervoso autonomo simpatico*: innerva ghiandole, cuore, polmoni e visceri ed è innescato da uno stato di attivazione emotiva.
- *Ipotalamo, nucleo accumbens*: strutture coinvolte nei comportamenti di gradimento, altrimenti detti "circuito del piacere".

Le forme non verbali di comunicazione

Quella che segue è una classificazione delle forme non verbali di comunicazione (Brondino, 1991).

Per paraverbale (o paralinguistica) si intende la parte extra-verbale del linguaggio, che comprende: tono, ritmo, volume e timbro, includendo anche sospiri e pause (silenzio). La mimica può essere definita come tutto quello che si può osservare sul viso di una persona (quelle espressioni del viso che forse più di ogni altra cosa colpiscono la nostra attenzione).

Per atteggiamento possiamo intendere la postura dell'individuo ed anche i movimenti che la modificano.

La prossemica definisce la distanza che ci separa dagli altri e i movimenti per regolarla.

La gestualità comprende tutti i gesti delle braccia e delle mani (ed alcune azioni riconoscibili come "gesti") con cui l'essere umano è solito accompagnare le sue parole (a volte rafforzandone l'intensità emotiva, altre volte disconfermando la proposizione cognitivamente espressa).

Per percezione aptica si intende la capacità di esplorazione dell'oggetto (sia animato che inanimato) e quanto, grazie al tatto, può essere inferito tramite la qualità percepita (caldo/freddo, asciutto/umido, ruvido/liscio), inoltre la propiocezione che deriva dalla posizione del corpo rispetto all'oggetto.

La comprensione del non verbale in funzione del processo comunicativo

Diversi sono gli obiettivi di un approfondimento della conoscenza, intesa anche come riappropriazione di elementi istintuali, della comunicazione non verbale.

Innanzitutto l'uso consapevole del linguaggio non verbale permette di affinare le proprie capacità comunicative e contemporaneamente di interpretare più chiaramente il messaggio dell'interlocutore.

In secondo luogo offre la possibilità di "allargare" la conoscenza di sé e la capacità di lettura e interpretazione del proprio mondo emotivo.

I primi studi sistematici al riguardo furono svolti all'interno del Mental Research Institute di Palo Alto in California tra gli anni '50 e '60, da ricercatori quali Jackson, Bateson, Watzlawick e Beavin. Il gruppo, che era stato ingaggiato per approfondire le connessioni tra linguaggio e schizofrenia, sviluppò di fatto delle interessanti teorie sulla comunicazione, ora universalmente riconosciute come capisaldi di questa disciplina, sinteticamente riassumibili nei seguenti 5 assiomi (Jackson, Watzlawick, Beavin, 1967; Bateson, 1972):

1. non si può non comunicare: ogni comportamento infatti è una forma di comunicazione, non esistendo un anti-comportamento ed essendo impossibile il silenzio assoluto;
2. ogni comunicazione avviene contemporaneamente su due piani: quello del contenuto e quello della relazione. Il linguaggio verbale e quello non verbale veicolano rispettivamente livelli differenti di messaggio: il linguaggio verbale veicola il messaggio di informazione, il contenuto (es. "sono arrivato"), mentre il linguaggio non verbale porta il messaggio di relazione, cioè ciò che provo realmente nel comunicare quelle parole (es. felicità oppure impazienza oppure rabbia, etc.);
3. la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura della comunicazione degli interlocutori: sia il mittente che il destinatario delle informazioni strutturano il flusso di comunicazione in modo diverso e interpretano il proprio comportamento come reazione al comportamento dell'altro, cioè ogni interlocutore pensa che l'altro sia la causa del proprio comportamento;
4. ogni forma di comunicazione ha una parte digitale o verbale (quantificabile) e una parte analogica o non verbale (qualificabile);
5. le comunicazioni interumane sono simmetriche (un'interazione basata su un potere egualmente distribuito tra gli interlocutori) o complementari (un'interazione basata su differenze di potere: dominio o sottomissione).

È evidente che in ambito sanitario, cominciando dalla comunicazione diagnostica, proseguendo con le prescrizioni terapeutiche per finire con la prognosi e il fine vita, i cinque assiomi della comunicazione sono fortemente implicati nella qualità della relazione operatore-utente. Pensiamo in particolare al rischio che si corre, sotto il profilo dell'alleanza terapeutica, ad effettuare comunicazioni verbali e non verbali incoerenti (mistificare una diagnosi, rassicurare falsamente, ecc.) o ad imporre in modo paternalistico un trattamento usando "il potere del camice". Ricordiamo che l'incoerenza tra comunicazione verbale e non verbale è uno dei modi in cui si realizza la situazione del doppio vincolo, teorizzato da Bateson (1972) e coinvolto nella genesi della schizofrenia, nel caso in cui esso costituisca il sistema comunicativo familiare preponderante.

Necessariamente diversificati sono infine gli strumenti usati per approfondire le diverse forme di espressione non verbale. Ad esempio, attraverso l'analisi del movimento, nei suoi elementi base di spazio, tempo, peso e flusso (Laban, 1980), è possibile fare una lettura approfondita dell'atteggiamento e della gestualità assunti da una persona. Possiamo cioè rilevare un atteggiamento rilassato, di apertura (es. braccia rilassate, postura aperta e sguardo rivolto verso l'interlocutore) oppure un atteggiamento di chiusura ed isolamento (es. la persona ha una forma chiusa, tesa oppure orientata su un piano angolato e non frontale rispetto all'interlocutore). Inoltre l'analisi della voce (timbro, volume, ritmo, ecc.) può offrire preziose informazioni non solo sullo stato emotivo, ma anche sulla personalità di chi parla o sulla presenza di condizioni psicopatologiche (Grabowski et coll., 2019). Esistono interessanti studi sulla correlazione tra stati emotivi, vocalizzazioni ed espressioni faciali (Hawk et coll., 2012).



Dalla combinazione di tali parametri non verbali possiamo ad esempio discernere un atteggiamento aggressivo da uno timido o da uno assertivo (vedi tabella 1).

	La persona timida	La persona aggressiva	La persona assertiva
Contatto oculare	Inconsistente, sfuggente, scarso e poco frequente	Eccessivo, troppi sguardi troppo forti e intensi	Diretto, sicuro, fermo, semplice, tranquillo
Postura	Spalle verso il basso, tensione, arretramento	Corpo teso, minaccioso, proteso in avanti	Eretta, tranquilla e rilassata, esprime agiatezza
Gestualità	Scarsa, ridotta, esprime disagio e tensione	Dura, marcata, oppressiva, minacciosa, intemperante	Sincronizzata con il linguaggio verbale, equilibrata
Gestione dello spazio	Tendenza a mantenere le distanze	Viola in modo perentorio la privacy altrui	Fluida, semplice e spontanea, adatta alla situazione
Mimica facciale	Contratta, spesso tic e gesti involontari	Esprime esibizionismo, sicurezza e sarcasmo	Coerente con quanto detto a parole
Voce	Bassa, eloquio esitante, timoroso, non facile e fluido	Tono e volume alti e marcati	Fluida, efficiente, intonata, diretta, lineare, franca

Tabella 1 – Combinazione tra parametri non verbali e stili personologici.

Bibliografia:

Bateson G. (1972), Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano, 1976.

Brondino G., Psicologia del corpo e comunicazione corporea, IDM, Torino, 1991.

Grabowski K, Rynkiewicz A, Lassalle A, Baron-Choen S, Schuller B, Cummins N, Baird A, Podgorska-bednarz J, Pieniazek A, Lucka I, Emotional expression in psychiatric conditions: new technology for clinicians, Psychiatry Clin Neurosci. 2019;73(2):50-62.

Hawk ST, Fischer AH, Van Kleef GA, Face the noise: embodied responses to nonverbal vocalizations of discrete emotions, J Pers Soc Psychol. 2012; 102(4):796-814.

Laban R., The mastery of Movement, Mac Donald & Evans, London, 1980.

Mehrabian A. Silent messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes, Belmont, CA: Wadsworth. 1981.

Schindler O, Schindler A., Fisiologia della comunicazione umana, Omega, Torino, 2001.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967), "Pragmatica della comunicazione umana", Astrolabio, Roma, 1971.

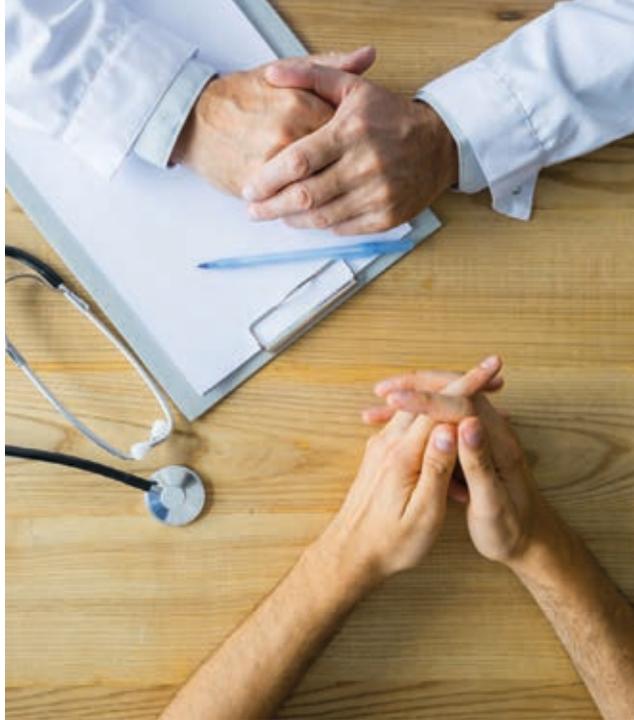
COME COMUNICARE LA MALATTIA?

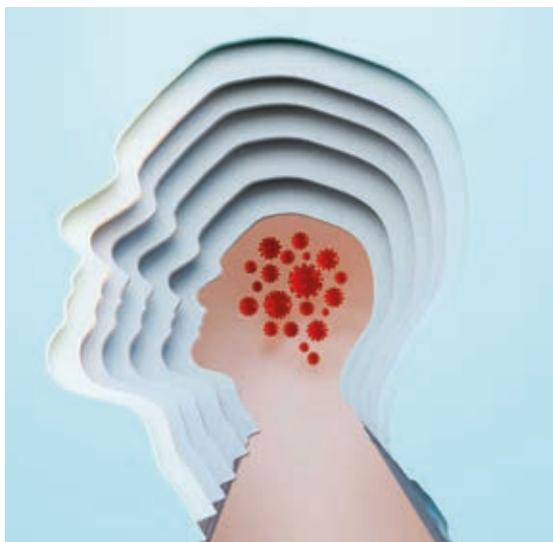
DOTT. PAOLO CATANZARO

Servizio Convenzionato di Psiconcologia AUCC/AOP
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psico-
analitica Esistenziale "G. Benedetti" di Perugia

Premessa

Per sapere come comunicare, è indispensabile conoscere l'oggetto di quanto si intende comunicare. Cosa si intende allora per malattia? Se la medicina basata sulle evidenze (EBM) tende ad obbiettivare il danno tessutale o metabolico, realizzando cataloghi nosografici sempre più dettagliati, la medicina basata sulla narrazione (NBM), recuperando alcuni concetti base dell'antropologia medica e della psicologia medica, rileva tre forme di malattia: la malattia obbiettivabile e certificabile dal medico (disease), la malattia sentita e vissuta dal paziente (illness) e la malattia riconosciuta dalla società (sickness). Le tre "malattie" possono coincidere così che la illness permette al paziente di aver coscienza del proprio malessere, il disease gli consente l'accesso alle cure mediche e la sickness lo libera dalle incombenze lavorative e gli dà diritto, eventualmente, ad un aiuto economico. Esistono però disease e sickness senza illness (come ad esempio elevati valori di colesterolemia o di pressione arteriosa o la scoperta inattesa di un tumore); disease e illness senza sickness (raffreddori lievi, carie dentali o l'alcolismo in alcune culture); illness e sickness senza disease (certi tipi di mal di testa o lombalgie sine materia); disease senza illness e senza sickness (alterazioni fisiologiche che non sono percepite personalmente, né danno diritto a un mutamento di status sociale come ad esempio la sindrome di Gilbert); illness senza sickness e senza disease (la malinconia, il senso di insoddisfazione, il senso di inadeguatezza o di inferiorità o l'ansia); sickness senza illness e senza disease (come l'omosessualità in alcune società). (Di Santo, 2013) Ricordiamo inoltre che, con il superamento del dualismo mente-corpo, la malattia, sulla scia della concettualizzazione di Bion, ben esplicita da Meltzer (1982), è sempre più vista come l'espressione di un disagio che può prendere la via somatica, la via psichica o la via dell'acting out/crimine o attuarsi con modalità miste. Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease – fifth edition (2013) conferma il superamento di tale dualismo. Infine l'antropologia medica di Waizsaecker (1948),





nonché una parte della psicoanalisi (Chiozza, 1988; Scoppola, 2005) intende la malattia come un disagio a cui è “sfuggito” il significato che ne è alla base e che lo avrebbe reso dramma di vita, almeno rappresentabile all’interno della coscienza, se non in molti casi elaborabile. Si potrebbe parlare a questo proposito di una medicina basata sul significato (SBM).

Indipendentemente da come viene concepita la malattia, la comunicazione della malattia avrà bisogno di una cornice (setting) entro cui avvenire. In ogni caso il setting di comunicazione diagnostica

è costituito da una componente umana (paziente, eventualmente caregiver e medico/medici), da un luogo, da un tempo e da un come (il procedimento usato).

Il setting della comunicazione di malattia: chi

In relazione all’articolo 32 della costituzione italiana, all’ultima legge sulla privacy (GDPR 2018) e all’articolo 35 del codice deontologico (acquisizione del consenso) è ormai chiaro che la comunicazione della diagnosi di malattia, almeno quella che si riferisce alla malattia-disease deve essere effettuata da un medico e non può essere affidata ai familiari o ad altri operatori sanitari (nel caso della malattia-disease riguardante una patologia psichiatrica e laddove questa sia stata rilevata da uno psicologo clinico, sarà questi a comunicare la diagnosi al paziente). Si pone però subito la questione quale sia il medico incaricato della comunicazione diagnostica tra i vari medici che ruotano attorno al malato: il medico di famiglia? Lo specialista ed eventualmente quale (il chirurgo, il medico diagnosta, il curante)? L’amico di famiglia che è medico? La comunicazione della diagnosi rischia di essere una patata bollente che nessuno vuol prendere e che quando maneggiata in tanti rischia di essere deformata e creare nel paziente confusione e disorientamento. Facciamo un po’ di chiarezza. Dovrà essere il medico che prescrive la terapia colui che si occuperà di ricevere dal paziente il consenso informato relativamente ai trattamenti che avrà consigliato e che intende somministrare. È implicito che per ricevere il consenso di una prescrizione terapeutica, il medico dovrà aver preventivamente comunicato la diagnosi. Nei casi di trattamenti combinati si è notato che la comunicazione effettuata all’interno dell’équipe multidisciplinare si è rilevata molto apprezzata dai pazienti. Il referto che accompagna e non sostituisce l’incontro di comunicazione diagnostica, potrà così esser fatto recapitare al medico di famiglia, che potrà in seconda battuta raccogliere non solo quanto compreso dal paziente, ma anche i suoi vissuti

(malattia-illness) ed eventualmente procedere ad un loro contenimento o rettifica. In molti casi i vissuti di malattia e le fantasie dei relativi trattamenti andranno seguiti nel tempo: è allora lo psicologo clinico (ormai un servizio di psicologia clinica o servizi psicologici dedicati in reparti che si occupano di patologie gravi dovrebbe essere presente in gran parte degli ospedali) che entra in scena per raccogliere i vissuti del paziente (malattia-illness), le loro metamorfosi, per aiutarlo a decifrare e a correggerne eventuali distorsioni, anche in certi casi interfacciandosi con il familiare o il medico referente. Il ruolo dello psicologo clinico (o del medico) con una formazione psicoterapeutica diventa ancora più decisivo e delicato nel momento in cui il paziente esterna la classica domanda: "perché proprio a me?". Il potere diagnostico-terapeutico che si cela dietro a questa domanda, apparentemente auto-colpevolizzante, offre allo psicoterapeuta la possibilità di indagare la malattia sul piano dei significati (SBM): c'è un life event (un evento stressante) passato, non elaborato e soprattutto ancora attivo che condiziona profondamente la vita del paziente? Lo psicoterapeuta ha quindi il delicato compito di comprendere e di comunicare al paziente cosa c'è dietro la malattia, di restituire il significato con la sua importanza emotiva di quanto capitato (separazioni, conflitti, ecc.). Ci avviciniamo in questo caso alla possibilità di vedere la malattia secondo l'integrazione della medicina basata sulla evidenza (EBM), della medicina basata sulla narrazione (NBM) e della medicina basata sul significato (SBM), superando quel dualismo mente-corpo sopra ricordato e riconsiderando la malattia nella sua multidimensionalità biopsicosociale tanto cara ad Engel (1977): ciò sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico.

Il setting della comunicazione di malattia: dove

Sia che il comunicatore della diagnosi sia un medico, sia che esso sia uno psicologo clinico o uno psicoterapeuta, sia che l'oggetto della comunicazione sia la malattia come disease, come illness o come significance, è necessario un luogo riservato dove non ci siano telefoni e cellulari che suonino o persone che entrino. Una sorta di luogo sacro, dove la parola rompa in modo significativo il silenzio: lo studio medico/ambulatorio diventa allora simile al tempio sacro ad Apollo, dove il supplice partecipava al rito di guarigione del sistema oracolare (Catanzaro, 2003). È necessario inoltre che gli interlocutori possano sedersi. La sedia a questo punto diventa lo strumento comunicativo fondamentale, dal momento che implicitamente esprime disponibilità di tempo e di ascolto reciproci.

Il setting della comunicazione di malattia: quando

La comunicazione della malattia ha bisogno di un tempo, inteso non soltanto come tempo di informazione diagnostica (la lettura di un referto), ma soprattutto come processo di condivisione diagnostica. Saranno necessari più incontri affinché le conoscenze del medico e/o dello psicologo clinico, relative alla malattia/disagio del paziente e alla sua cura, possano essere veicolate, comprese e diventare

stimolo costruttivo per entrambi: la motivazione terapeutica per il curante e l'innesco della "vis medicatrix naturae" del curato (l'ippocratico potere innato di autoguarigione degli organismi).

Il setting della comunicazione di malattia: perché

Nel setting diventa allora possibile trasformare il dovere medico di informare nell'azione terapeutica del comunicare, che ha il suo climax nell'empatia¹. Mentre il dovere di informare rischia di essere forzato, freddo o formale, la comunicazione è evento interattivo, grazie al quale l'accertamento della comprensione del paziente offre la possibilità di mentalizzare² l'evento di malattia. Il paziente, cercando lo sguardo del medico di fronte all'oggetto trattato (malattia), deduce, dal suo atteggiamento, l'eventuale pericolosità della situazione, il comportamento da assumere e può scegliere l'opzione terapeutica più efficace per raggiungere l'obiettivo (guarigione, sopravvivenza, qualità della vita). Le semplici domande che fanno parte dello strumento medico dell'agenda (Moja, 1998) - cosa ha capito della sua malattia (disease); che ne pensa in termini di emozioni, idee, interpretazioni, credenze e aspettative (illness); in quale tipo di contesto socio-familiari vive e che supporti ha (sickness)- hanno proprio il senso di catalizzare l'accettazione della malattia e delle cure e di mentalizzarle, favorendone la compliance. Alcuni studi mettono in evidenza come attraverso lo strumento della gestione dello stress cognitivo comportamentale (CBSM) - che consta di domande sovrapponibili a quelle dell'agenda e che pertanto possono essere poste da qualsiasi medico, vi sia stata una riduzione statisticamente significativa dell'espressione genica alla risposta trascrizionale alle avversità conservata dai leucociti (CTRA) e correlata alle metastatizzazione del carcinoma della mammella (Antoni et coll., 2016; Antoni and Dhabhar, 2019). Se la celebre frase di Balint (1961) "*Quando un medico prescrive un farmaco, prescrive se stesso*" trova una sua legittimazione biologica con l'applicazione della semplice procedura dell'agenda, cosa potremmo aspettarci da un medico o psicologo con formazione psicoterapeutica che attui

¹ Bolognini (2002) per definire l'empatia la mette a confronto con l'identificazione, che è un meccanismo difensivo inconscio teso ad evitare sentimenti di colpa o perdita, che prende la scorciatoia della con-fusione l'altro: non è raro che un medico dopo aver visitato un paziente possa temere di avere sintomi analoghi. L'empatia invece è un meccanismo conscio transitorio e non sostitutivo dell'altro (il paziente), che serve a sentire e comprendere l'altrui stato interiore, mantenendo la consapevolezza della separazione, tanto che sia colui che desidera essere capito, che colui che desidera capire, partecipano attivamente all'esperienza (si stabilisce così una intricata rete di comunicazioni connesse tra loro che avviene a vari livelli di scambio verbale e non verbale tra il medico e il paziente). L'immedesimazione empatica è lavoro lungo e paziente, che si apprende nel tempo e il maggiore ostacolo che il medico deve affrontare durante le visite sembra essere la paura dei propri sentimenti e delle proprie emozioni, il che attiva meccanismi difensivi che, oltre l'identificazione, possono culminare nella messa in atto un'empatia inautentica e forzata che si potrebbe definire empatismo o atteggiamento di compiacenza buonista. In quest'ultimo caso è necessario rinunciare a sentirsi un medico buono per poter eventualmente diventare un buon medico.

² La mentalizzazione, che implica la funzione simbolica della mente, può essere definita come la possibilità di riflettere, in base alle esperienze avute, avendo coscienza dei propri e altrui bisogni, avendo presente le proprie e altrui credenze, stati d'animo e aspettative, con capacità di lungimiranza (Lingiardi e Bornstein, 2017).

una medicina basata sul significato? Che potere possiamo aspettarci allora da un'alleanza terapeutica che risuoni all'interno dei tre vertici di una medicina basata sull'evidenza, sulla narrazione e sul significato?

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease – Fifth edition (DSM V), Arlington, 2013.

Antoni MH, Bouchard LC, Jacobs JM, Lechner SC, Jutagir DR, Gudenkauf LM, Carver CS, Lutgendorf S, Cole SW, Lippman M, Blomberg BB, Stress management, leukocyte transcriptional changes and breast cancer recurrence in a randomized trial: An exploratory analysis, *Psychoneuroendocrinology*. 2016; 74:269-277.

Antoni MH, Dhabhar FS, The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*. 2019 May 1;125(9):1417-1431.

Balint M., *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961.

Bolognini S., *L'empatia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino, 2002.

Catanzaro P., Psicosomatica oncologica. Il mutamento di paradigma in medicina: riflessi in oncologia, in Catanzaro P. (a cura di), *Incontri di psiconcologia*, SIPO Umbria, Perugia, 2003.

Chiozza L.A., *Perché ci ammaliamo*, Borla, Roma, 1982.

Di Santo R., Disease. Illness e Sickness: le dimensioni della malattia, in Di Santo R. (a cura di) *Sociologia della disabilità*, Franco Angeli, Milano, 2013.

Engel G.L., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Scienze*, 1977, 8;196(4286):129-36.

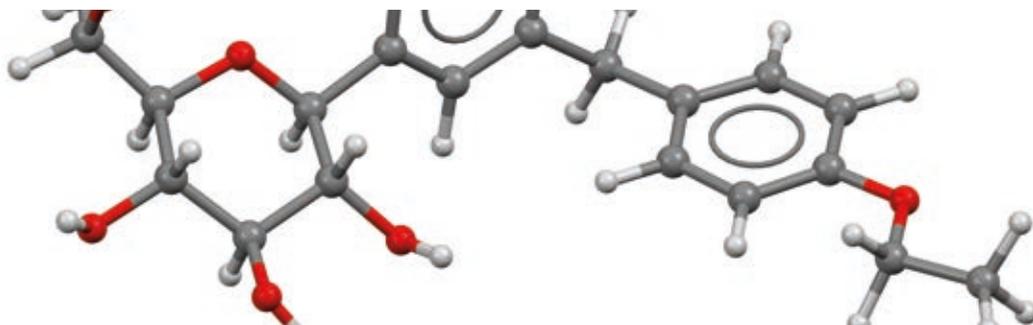
Lingiardi V. e Bornstein R.F. (2017), Profilo del funzionamento mentale – Asse M, in Lingiardi V. e McWilliams N. (a cura di), *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (II ed.), Raffaello Cortina, Milano, 2018.

Moja EA, Vegni E, Patient-centered medicine, *Ann Ital Med Int*, 1998;13(1):56-64.

Meltzer D., Implicazioni psicosomatiche nel pensiero di Bion, in *Quaderni di psicoterapia infantile "La questione psicosomatica"*, 7, pp. 199-222, Borla, Roma, 1982.

Scoppola L., *L'esperienza di essere sé*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Waizsaecker Victor Von, *Grudfragen Medizinifdjer Untropologie*, Purche-Verlag, Stuttgartgardia, 1948 (Antropologia medica, Morcellania, Brescia, 2017).



CRITICITÀ DELLA COMUNICAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE

[Abstract della relazione tenuta in data
6.11.2021]

DOTT. LUCIO PATOIA,

Direttore S.c. Medicina Interna,
Ospedale di Foligno



Una prima distinzione è fondamentale: quella tra comunicare ed informare. Guardando alla etimologia, appare chiaro che comunicare esprime l'atto di mettere in comune notizie (buone o cattive) o stati d'animo o atteggiamenti (come fiducia, sfiducia, difficoltà, ostilità, pregiudizi, benevolenza, gratitudine), il termine informare significa invece dare forma (alla mente), quindi istruire, far conoscere qualcosa che non è noto all'interlocutore. Ma il paziente ha necessità di essere informato o di essere coinvolto in una comunicazione? La risposta appare chiara se si pensa a quello di cui si ha necessità quando si è preoccupati per un problema e ci si rivolge ad un tecnico competente su quell'aspetto. Se si è soggetti ad una denuncia per malpractice si ha più necessità di conoscere compiutamente l'articolo del codice che ci viene contestato di avere violato, le sue interpretazioni giurisprudenziali, le sentenze delle varie corti su casi analoghi, i pronunciamenti della cassazione in ordine di data (questa è la parte di sola informazione), o si ha necessità di condividere con il proprio avvocato, accanto agli aspetti strettamente giuridici, timori, domande su eventuali errori commessi e sulla loro reale rilevanza nel procedimento, costi, tempi, parere del legale di fiducia sulle possibilità di buon esito della vicenda, e qualsiasi altra domanda che si ha dentro e che si possa liberamente fare anche se, dal punto di vista tecnico dell'avvocato, è peregrina e senza fondamento giuridico (questa è la comunicazione)? Un secondo punto è rappresentato da alcuni punti fondamentali del processo comunicativo, che definirei assiomi, in quanto non hanno necessità di essere dimostrati:

1. Non è possibile non comunicare, casomai non si danno comunicazioni verbali ma se ne danno di non verbali (con gli occhi, l'intonazione della voce, i gesti, la fretta di chiudere il confronto con il paziente, etc) e quindi occorre essere consapevoli che si è detto anche se non si è detto a parole e che questa comunicazione non verbale è comunque in grado di trasmettere notizie, magari in maniera incontrollata e incontrollabile visto che non è stata esplicitata;

2. Non è possibile che il medico che ha in cura il paziente deleghi la comunicazione ad una terza persona; il paziente vuole (giustamente) parlare della sua malattia con il medico che lo cura. Un esempio negativo potrebbe essere l'oncologo che delegasse allo psiconcologo la comunicazione della notizia di una diagnosi di neoplasia.
3. Un terzo aspetto è rappresentato dal fatto che, nel caso di contenuti a forte connotazione emotiva, la comunicazione è, per oltre il 50%, non verbale, per il 38% è relata agli attributi della voce e solo per il 7% al contenuto delle parole. La consapevolezza di queste percentuali dovrebbe essere sufficiente a spiegarci perché, anche dopo spiegazioni lunghe e articolate da parte nostra, ci si senta spesso fare domande che esprimono come il paziente non abbia compreso nulla o quasi: l'ansia e l'emozione riducono le capacità intellettuali, così come accade ad uno studente molto emozionato che "si blocca" e non è in grado di rispondere correttamente nemmeno a quesiti molto semplici, pur avendo studiato.

Quindi, ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto (cosa si dice) ed uno di relazione (come lo si dice).

Aspetti di contenuto: sono relativi alla comunicazione numerica (i dati) e alla comunicazione analogica (i gesti come il sorriso, il guardare negli occhi, gli atteggiamenti, le modalità del parlare,) e vanno utilizzate ambedue. Occorre però conoscere l'una e l'altra: ad esempio, comunicare i dati comporta conoscere i dati di prognosi di una certa malattia, saperli rendere fruibili al paziente in base alle sue conoscenze anche tramite l'utilizzo, se necessario, di esempi e riferimenti. La mortalità da shock settico è del 40%, la mortalità da infarto del miocardio STEMI entro le prime 48 ore è del 1.2%-1.4%. Sono dati diversi che bisogna conoscere per avere e per dare una idea della prognosi di due malattie abbastanza comuni, così come l'infezione della protesi dopo artroprotesi d'anca è del 0.5%-1% e dopo protesi di ginocchio è del 0.5%-2%. Se noi non abbiamo idea di qualche numero è difficile che possa averla il paziente che non è medico, ed è altresì molto arduo sostenere un dibattito alle domande del paziente che magari si è informato.

Aspetti di relazione: nel processo di comunicazione la relazione è bidirezionale, quindi l'uno influenza l'altro e ne determina le reazioni. Così come la nostra aggressività o la nostra indisponibilità può cambiare le reazioni dell'interlocutore (subito o dopo un certo tempo e questo spiega come determinate volte si abbiano denunce che non si prevedevano o non si abbiano contestazioni che invece si temevano), occorre essere consapevoli che l'aggressività del paziente può determinare una nostra reazione (ad esempio di aggressività di ritorno o, in alternativa, di sottomissione e deferenza) e che queste relazioni bidirezionali possono essere modificate: credo sia un esempio comune quello che, ove si opponga alla aggressività di pazienti/parenti una serena risposta di disponibilità e dolcezza ma ferma sulle proprie convinzioni, l'aggressività iniziale si stempera e



spesso si tramuta in fiducia; è una trasformazione del rapporto operata da quella parte del processo relazionale agito dal medico che ha prodotto una modifica radicale della relazione inizialmente agita dal paziente/parente.

Il tutto si inserisce nel particolare tipo di relazione tra medico e paziente/parente, che non è simmetrica (i due non sono né uguali per conoscenze razionali né per disposizione emotiva) ma è complementare, cioè è basata sulle differenze, che completano la relazione, sempre che tale relazione sia ricercata e voluta, in primis, da noi medici che siamo la parte che ha maggiori conoscenze e minore coinvolgimento emotivo e quindi in condizioni di vantaggio nel ricercare e determinare delle modalità relazionali proficue.

Mentre per gli aspetti di contenuto occorre, come sopra indicato, essere scientificamente preparati, per gli aspetti di relazione è necessario coltivare alcuni aspetti della propria personalità:

avere una buona considerazione di sé, della propria personalità, delle proprie convinzioni, delle proprie competenze, del diritto al rispetto che ci è dovuto, del diritto ad avere le nostre emozioni. Si tratta di aspetti che richiedono una maturità psicologica ed emotiva che si basano, in parte, sulle conoscenze tecnico scientifiche personali, ma che richiedono soprattutto un lavoro di consapevolezza e di crescita umana e psicologica. I meccanismi conoscitivi di sé stesso sono i presupposti per una buona considerazione dell'altro, il paziente/parente, che ha diritto ad essere messo informato ma anche ad essere aiutato, ad avere emozioni, convincimenti, credenze, al fine di costruire una buona relazione medico-paziente/parente.

In conclusione dirò che gli aspetti comunicativi medico-paziente/parente sono caratterizzati da uno specifico paradosso: da un lato se ne parla come di aspetti che costituiscono, per la loro importanza, momenti di cura, sono ai primi posti tra i determinanti di soddisfazione dei pazienti/parenti. e di contenimento/riduzione dei contenziosi medico-legali, dall'altra non sono oggetto del curriculum formativo del medico né durante il corso di laurea né nei corsi post laurea, e non sono gestiti da opportune iniziative degli Ordini professionali. Credo sia giunto il momento, almeno nel nostro Ordine Provinciale, di dare vita ad un Corso strutturato, ove vengano coinvolti specialisti di vario tipo e pazienti/parenti.

CARDIOLOGIA PREVENTIVA E RIABILITATIVA, PREVENZIONE SECONDARIA E PNRR: SE NON ORA QUANDO?

DOTT. SSA SARA MANDORLA

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

Sono molto numerosi i documenti europei, i position paper, le linee guida e i libri pubblicati in questi anni sulla prevenzione secondaria e sulla riabilitazione cardiologica.

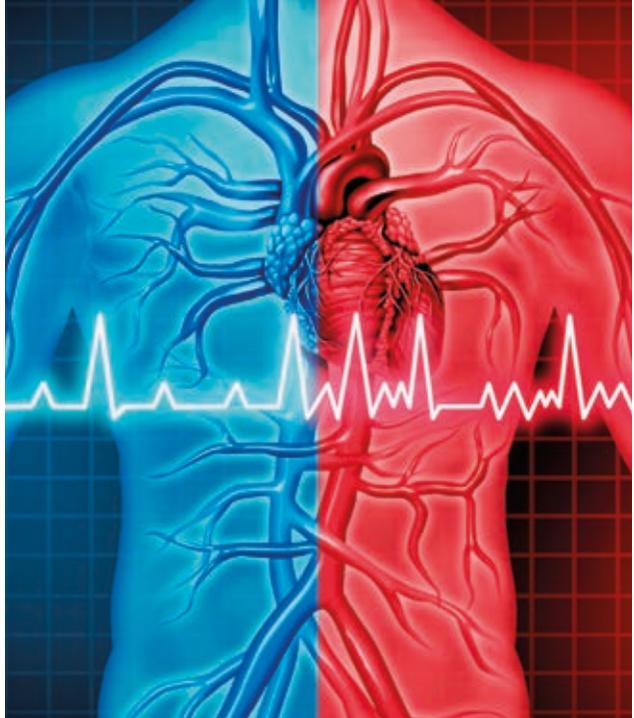
Di particolare rilievo sono: la raccomandazione europea del 2008 concernente la riabilitazione cardiologica nello scompenso cardiaco cronico e la sua efficacia, confermata nel 2016; la pubblicazione di linee guida relative al controllo dei fattori di rischio coronarico; le numerose indicazioni dopo eventi acuti coronarici alla cardiologia riabilitativa (CR) con raccomandazione di tipo Ia.

Il nostro documento “Proposta per il miglioramento del servizio di cardiologia riabilitativa in Umbria. Follow-up del paziente con malattia cardiovascolare (CV) dopo il percorso di riabilitazione cardiologica”, pubblicato nel gennaio 2021, riguarda la fase post-acuta dell’evento CV (1). In particolare:

- l’accesso alla CR, declinata secondo i setting assistenziali previsti in Fase 2 (degenziale/DH, ambulatoriale, domiciliare);
- il follow-up dopo il percorso di riabilitazione cardiologica;
- un progetto dedicato alla prevenzione primaria utilizzando la carta o il punteggio del Progetto CUORE dell’ISS per identificare persone apparentemente sane ma con elevato rischio CV.

La pandemia COVID-19 ha nel frattempo messo a dura prova la capacità di risposta dei sistemi sanitari regionali: per la Cardiologia i dati nazionali segnalano una riduzione del 30-40% di ricoveri per eventi acuti coronarici e per scompenso cardiaco, del 50% delle attività ambulatoriali e un forte ridimensionamento delle CR. In particolare, l’indagine conoscitiva condotta dall’AICPR¹ su 75 centri italiani di CR ha mostrato che ne sono rimasti attivi solo il 14%, mentre il restante 86% ha dovuto interrompere completamente (25%) o ridimensionare drasticamente (61%) i propri programmi di recupero funzionale dei pazienti.

¹ AICPR: Associazione Italiana di Cardiologia Clinica Preventiva e Riabilitativa





L'emergenza della pandemia ha evidenziato in particolare l'importanza cruciale di avere soluzioni assistenziali, tecnologiche e digitali avanzate con le quali prendersi in carico pazienti cronici, disabili ed anziani nel medio-lungo periodo, in tutti i setting assistenziali previsti o nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure nel territorio o a livello domiciliare. Per questo il PNRR (2), nella "Missione 6: Salute - Componente 1" prevede una rete di servizi e di strutture completa, multiprofessionale e multidisciplinare, articolata in tre tipologie di investimenti: "Case della Comunità"; "Casa come primo luogo di cura e assistenza domiciliare"; "Sviluppo delle cure intermedie"

con realizzazione di ospedali di comunità.

Queste strutture potrebbero essere la sede ideale per erogare i percorsi strutturati complessi di CR descritti nella nostra "Proposta per il miglioramento del servizio di cardiologia riabilitativa in Umbria". Percorsi guidati da un team (cardiologo responsabile, infermiere, fisioterapista, psicologo, dietista, ecc.) con formazione interdisciplinare tesa a costituire un terreno culturale comune in grado di conseguire risultati di prevenzione e riduzione del rischio CV. All'interno di questi percorsi si inserisce l'investimento rivolto alla telemedicina, un formidabile mezzo per: a) garantire una stretta connessione ospedale - cure intermedie - territorio; b) implementare il PDTA previsto post-riabilitazione; c) garantire una continuità assistenziale tramite la promozione dell'assistenza domiciliare.

Una organizzazione dei servizi dove inserire la nostra proposta di un sistema di tipo circolare, aperto e dinamico, che risponde alle fasi di acuzie, di successiva riabilitazione cardiologica e infine di cronicità, di stabilizzazione/destabilizzazione e alla complessità della gestione clinica e farmacologica.

In particolare, la "Casa come primo luogo di cura e assistenza domiciliare" è l'investimento necessario per rispondere a una esigenza riabilitativa che costituisce un aspetto innovativo nel nostro progetto, ovvero la CR intensiva domiciliare. Un setting aggiuntivo e non sostitutivo, che si conferma come un'alternativa per pazienti meno compromessi, a più basso rischio e con attività lavorativa condotta dal domicilio o in smart-working, ma soprattutto per pazienti fragili, molto anziani (età→75a), sarcopenici, complicati, con multicomorbidità o problemi logistici, e che necessitano di un percorso riabilitativo per un'efficace prevenzione secondaria. Sono i pazienti maggiormente esposti al rischio di una peggiore prognosi, al deterioramento sul piano funzionale, ma che, paradossalmente, sono spesso esclusi (o non considerati idonei) dai programmi

di CR, come dimostra il fatto che i principali predittori di non partecipazione sono l'età avanzata, il sesso femminile e lo stato funzionale globale più compromesso, che rende necessario (e raccomandato) un particolare impegno riabilitativo. Il setting domiciliare viene proposto anche come naturale prosecuzione a lungo termine del programma riabilitativo in un contesto supervisionato per una efficace prevenzione secondaria.

Difficile invece immaginare una collocazione esclusivamente "territoriale" o di "cure intermedie" per pazienti complessi con disfunzione ventricolare o scompenso cardiaco di origine ischemica o non, o con recente intervento cardiocirurgico. Le CR degenziali, denominate "Unità di Terapia Intensiva e Sub intensiva" -UTIRC- sono centri di riferimento per i malati ad elevata complessità clinica e rischio clinico che vanno presi in carico preferibilmente per trasferimento sia per un inizio di mobilizzazione e programma di attività fisica nel caso di ricoveri prolungati, sia per ridurre, nel caso di scompenso cardiaco, quel "periodo vulnerabile" identificato nei primi dei 30 giorni dopo il ricovero, gravato da un alto rischio di prognosi sfavorevole per recidive o mortalità.

Lo scompenso cardiaco è una delle patologie croniche nei paesi avanzati con più alto impatto sulla qualità di vita, assorbimento di risorse, sopravvivenza (3) e in Umbria sono circa 3500 i pazienti ricoverati/anno. Sono pazienti ad alto rischio, complessi, affetti da una sindrome (con molteplici cause che intervengono nella genesi della loro insufficienza cardiaca), politrattati, con comorbidità, con ricorrenti episodi di instabilità clinica e riacutizzazioni, pazienti che necessitano di implementazioni terapeutiche e titolazioni del trattamento, piani terapeutici, calendarizzazione dei controlli in percorsi dedicati, trattamenti non farmacologici. La mortalità per scompenso cardiaco è oltre il 50% a 5 anni (4). I criteri per selezionare pazienti a più alto rischio con indicazione alla CR degenziale sono genericamente definiti in letteratura: la instabilità clinica, la severità della disfunzione ventricolare, la classe NYHA, lo scompenso cardiaco *de novo*, l'eziologia post infartuale, il numero di ricoveri/anno o la durata del ricovero, l'età e la potenzialità di recupero e di miglioramento nel medio periodo mediante il percorso riabilitativo.

Recentemente sono stati presi in considerazione nuovi farmaci - glifozine: dapagliflozin ed empagliflozin - efficaci nel trattamento del diabete mellito, ma altrettanto indicati nel trattamento di pazienti diabetici e non diabetici con disfunzione ventricolare sinistra. La prescrizione di farmaci indicati nello scompenso cardiaco prevede un ordine cronologico e una sequenza temporale, la somministrazione graduale o meno dei farmaci fino a raggiungere la dose target o fino ad ottenere l'effetto terapeutico - effetto target -, la titolazione del trattamento e un attento controllo degli effetti collaterali (4,5). Un recente studio ha documentato l'effetto benefico dell'associazione della terapia tradizionale + ARNI² + glifozine in pazienti con disfunzione ventricolare sinistra, con una

² ARNI: inibitore del recettore dell'angiotensina e della neprilisina, ovvero associazione Sacubitril/Valsartan.

ulteriore riduzione di morte CV e di re-ospedalizzazione di oltre il 60% rispetto al trattamento tradizionale; dopo tre anni di terapia, si stima una riduzione del rischio assoluto del 18-25%, con un numero di pazienti da trattare per prevenire un evento pari a 4-6; con l'uso a vita, si stimano potenziali guadagni di sopravvivenza senza eventi fino a 8 anni e guadagni di sopravvivenza assoluta pari a 6 anni (6). Questi dati sono di enorme rilevanza e impongono che l'impiego di questi farmaci venga rapidamente diffuso in ambito cardiologico per il loro tempestivo e significativo beneficio. Il controllo di questo trattamento si svolge in un contesto clinico - degenziale o ambulatoriale - di indiscussa competenza della cardiologia, in cui sia definito il tutor che segue il paziente, fa o richiede i piani terapeutici, controlla la titolazione e aggiusta la posologia, controlla effetti collaterali clinici e ematologici, attiva teleconsulto e le eventuali consulenze multispecialistiche. Per questa popolazione di pazienti è auspicabile un percorso specifico, dedicato, competente, altamente specialistico.

Ci auguriamo che il PNRR Umbro risponda a queste finalità, giovandosi di tutte le opportunità che il piano nazionale offre per realizzare strutture fisiche dedicate a servizi capaci di promuovere un modello di intervento di CR a carattere multidisciplinare e multiprofessionale, integrato con l'alta tecnologia e la telemedicina per ridurre destabilizzazioni, ricoveri ospedalieri e promuovere la salute dei pazienti cronici con patologia CV. Pazienti instabili per scompenso o per ischemia o dopo trattamento cardiocirurgico, o che necessitano di terapie complesse, richiedono invece un percorso di CR degenziale o ambulatoriale specifico ed altamente specialistico di competenza cardiologica.

Bibliografia essenziale:

1) Proposta per il miglioramento del servizio di cardiologia riabilitativa in Umbria. Follow-up del paziente con malattia cardiovascolare dopo il percorso di riabilitazione cardiologica”:

<https://drive.google.com/.../1wdfMga.../view...>

2) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

<https://www.governo.it> > [governo.it](https://www.governo.it) > files > PNRR

3) Piano regionale cronicità. Regione dell'Umbria. DGR n 902 del 28/07/2017. Insufficienza cardiaca cronica (scompenso cardiaco).

4) McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J (2021) 00, 1-128.

5) Di Lenarda A, Di Tano C, Cipriani M, et al. Position paper ANMCO: Duplice, triplice o quadruplica terapia nello scompenso sistolico? Evidenze e nuove strategie. G Ital Cardiol 2021;22(10):861-8.

6) Vaduganathan M, Claggett BL, Jhund PS, et al. Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a comparative analysis of three randomised controlled trials. Lancet 2020;396:121-8.

A.M.M.I. UNA REALTÀ AL FEMMINILE NEL MONDO SANITARIO

DOTT. SSA DORETTA MARINELLI TIERI

Presidente AMMI Sezione di Perugia

L'AMMI, Associazione Mogli Medici Italiani, è un'Associazione No Profit nata nel 1970 a Mantova ad opera di un gruppo di mogli di medici e da qui l'origine della sua denominazione, oggi anacronistica, ma scaturita dal ruolo di più attiva collaborazione che allora la moglie del medico rivestiva nella professione del marito.

La Sezione di Perugia è stata fondata nel 1974 grazie all'iniziativa ed alla sensibilità della moglie di un medico perugino Anna Tromby.

Attualmente l'AMMI accoglie anche nuove figure professionali che gravitano nell'area medica, donne medico, odontoiatre, farmaciste, biologhe e psicologhe. Oggi L'AMMI persegue, con molteplici e sempre più qualificate iniziative, gli scopi statutari e, attenta alle problematiche che la società pone, opera attivamente, in stretta collaborazione con la classe medica, per un'educazione sanitaria ed una corretta divulgazione della medicina preventiva in favore della popolazione in generale e della donna in particolare.

In quest'ottica promuove corsi di aggiornamento, conferenze e manifestazioni culturali in genere ed ogni anno svolge un Tema Nazionale che viene trattato da tutte le 64 Sezioni Italiane.

Le innumerevoli iniziative testimoniano l'impegno dell'AMMI nel sociale, l'attenzione ai giovani, alle donne, agli anziani, a quanti vivono una situazione di disagio, oltre alla tutela dell'ambiente, la valorizzazione del territorio, della cultura e della storia della nostra terra.

La collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, con il Ministero della Salute e con vari Enti ed Associazioni che condividono la nostra "mission" connota ulteriormente l'AMMI come un'Associazione a sostegno della scienza e rafforza il nostro obiettivo.

L'Associazione finanzia la ricerca scientifica ed ogni anno indice un "Concorso Nazionale sulla Ricerca in Medicina e Farmacologia di Genere" con un supporto finanziario al vincitore di 10.000 euro.



Grazie alla generosità delle socie, l'AMMI interviene con aiuti concreti, donando strumentazioni ospedaliere ed attrezzature ambulatoriali ove se ne individui la necessità.

Attualmente l'AMMI ha ulteriormente ampliato i suoi obiettivi e "Ricerca, Prevenzione e Cura dell'Ambiente a tutela della salute" è il motto che ha voluto accostare a quello storico "Unite per Unire".

Siamo un popolo di Donne presenti sul territorio a servizio della comunità.

Gli articoli che seguono a questa mia presentazione dell'Associazione sono dei due relatori che hanno svolto, in una Conferenza presso l'Ordine dei Medici, il Tema Nazionale AMMI 2021, di cui allego la locandina, "L'ambiente è un bene prezioso da salvaguardare: proteggere l'ambiente significa proteggere la nostra salute"




AMMI
Sez. Perugia

Tema Nazionale 2021

**L'ambiente è un bene prezioso
da salvaguardare:
proteggere l'ambiente significa
proteggere la nostra salute**

Venerdì 26 novembre 2021 - ore 16
Sala Convegni dell'Ordine dei Medici
Via Settevalli, 131 - Perugia

Doretta Marinelli Tieri
Presidente AMMI Sezione di Perugia

Verena De Angelis
Presidente Ordine dei Medici di Perugia

Antonio Brunori
Dottore Forestale - Segretario Generale PEFC Italia
Impatto della Natura sulla salute dell'uomo: evidenze scientifiche

Massimo Moretti
Professore Associato di Igiene - Università degli Studi di Perugia
Acqua e salute: leggende metropolitane vs. evidenze scientifiche

Per la partecipazione è necessaria la prenotazione tramite email all'indirizzo
giovannagubile@gmail.com

Accesso dalle ore 15,30 alle ore 16 consentito con Green Pass e mascherina

IMPATTO DELLA NATURA SULLA SALUTE DELL'UOMO: EVIDENZE SCIENTIFICHE

DI ANTONIO BRUNORI

Dottore forestale,
segretario generale PEFC Italia



Non abbiamo bisogno di conoscere i risultati di studi scientifici per sapere che **andare in bosco ci fa bene**, basta ascoltare il nostro corpo per capirlo, per intuirlo.

Ma in molti abbiamo perso l'abitudine e la capacità di entrare in un bosco e di lasciarci andare, permettere al nostro corpo e alla nostra mente di dialogare con la Natura, anche semplicemente smettendo di pensare agli impegni e alle preoccupazioni quotidiane di ognuno. La Natura è la nostra casa, da 300.000 anni, cioè da quando la nostra specie è apparsa sulla Terra e sempre più ricerche confermano il legame fra la diminuzione del tempo trascorso in natura e l'aumento del disagio psico-fisico. Ciò è specialmente vero se osserviamo bambini e adolescenti, per i quali i benefici dati dal contatto con la natura sono evidenti. Una ricerca dell'*Instituto Salud Global* di Barcellona ha dimostrato che aggiungere uno spazio verde ai cortili scolastici aumenta i comportamenti prosociali: i bambini aiutano, cooperano e condividono maggiormente. Un altro studio dell'Università dell'Illinois ha spiegato **come l'accesso agli spazi verdi diminuisca l'aggressività e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività** mentre la mancanza di accesso a spazi verdi provoca invece l'effetto contrario, caratterizzandosi come "sindrome del distacco dalla natura", sempre più diffusa soprattutto in USA anche se nel vero non ancora inserita nell'elenco delle patologie ufficialmente riconosciute.

In Giappone da 40 anni hanno cominciato a sperimentare un ponte per entrare in contatto con il mondo naturale attraverso i sensi, capace di amplificare i benefici psicofisici che questo rapporto comporta, avviando un programma

nazionale per lo *Shinrin-yoku* (che in giapponese significa “bagni di foresta”, nel mondo conosciuto come “forest bathing”), per investigare con metodo scientifico gli effetti delle foreste sulla salute umana. Così la *Nippon Medical School di Tokio* ha investito milioni di dollari per sviluppare una nuova scienza medica, una modalità di medicina preventiva chiamata “medicina forestale”, che aveva l’obiettivo di ridurre i rischi di cancro, ulcera, ipertensione, obesità e malattie cardiache attraverso il contatto con i boschi. Studi epidemiologici del Dr Qing Li su milioni di volontari hanno dimostrato che **i bagni di foresta attivano il sistema immunitario**, riducono gli ormoni dello stress, migliorano la qualità del sonno, hanno effetti sulla depressione e la pressione sanguigna, accorciano i tempi delle riabilitazioni. Esposizioni di 12 ore in almeno tre giorni incrementano il livello di linfociti *Natural Killer NK92MI* che permangono ad alti livelli fino a 30 gg dall’esposizione agli olii essenziali forestali. Le evidenze si sono consolidate nel tempo, con lavori di descrizione del miglioramento dello stato ossidativo, con effetti antinfiammatori e di rinforzo delle difese immunitarie. **Decine di pubblicazioni scientifiche hanno così provato che i monoterpeni emessi da foglie e legno delle piante hanno provati effetti sul benessere psicologico e fisiologico dell’uomo**, soprattutto se l’esperienza nel bosco è accompagnata da attività gratificante anche da un punto di vista sensoriale. Anche in occidente una fitta bibliografia scientifica ha descritto effetti sulla salute dovuti alla frequentazione dei boschi che sono principalmente di tipo psichico, e da benefici che arrivano dai sensi, dove i suoni e gli odori funzionano come laboratori di aromaterapia e di cromoterapia all’aria aperta. Ma non tutti i boschi sono idonei ad ospitare esperienze per scopi salutistici e al perseguimento del benessere psico-fisico da parte dei fruitori, perché magari non posseggono in maniera adeguata le caratteristiche strutturali, di specie botaniche, paesaggistiche, simboliche, biochimiche e biofisiche. Perciò è stato elaborato nel 2021 da PEFC Italia uno **standard sui Servizi Ecosistemici di boschi gestiti in modo sostenibile** che affronta anche il tema dei requisiti per la certificazione dell’idoneità delle aree forestali al benessere forestale. Rappresenta un originale criterio di screening delle caratteristiche che dovrebbero possedere le aree forestali per il favorevole svolgimento di attività finalizzate all’auto-promozione del benessere psico-fisico, tra cui il *forest bathing*. Le fonti a cui attinge il criterio sono rigorosamente scientifiche e in larga parte costituite da studi, teorie ed aspetti applicativi diffusamente riconosciuti a livello internazionale. Con uno standard realizzato con specifiche competenze forestali, si è creato un ponte tra il mondo delle foreste e la professione di chi si occupa di salute, di benessere psico-fisico e di attività legate al mondo del “forest therapy”, a favore quindi di competenze professionali afferenti al settore medico.

ACQUA E SALUTE: LEGGENDE METROPOLITANE VS. EVIDENZE SCIENTIFICHE

DOTT. MASSIMO MORETTI

Professore Associato di Igiene e Sanità Pubblica,
Dipartimento di Scienze Farmaceutiche,
Università degli Studi di Perugia

Da un punto di vista fisiologico il ruolo dell'acqua (H_2O) come nutriente è indiscutibile in quanto indispensabile per il normale svolgimento dei processi vitali di tutti gli organismi viventi ed il particolare comportamento solvente dell'acqua è determinato dalla polarità della sua molecola. Le peculiarità chimico/fisiche dell'acqua la rendono un ottimo solvente non solo all'interno delle cellule, ma anche nell'ambiente esterno e nel suo classico ciclo, quando l'acqua meteorica tocca il suolo terrestre inizia immediatamente a solubilizzare i componenti degli strati litici con i quali viene a contatto ed i soluti, ovvero i sali minerali, sono essi stessi classificati come nutrienti. Pertanto, ciò che usualmente definiamo «acqua» è in realtà una soluzione di sali minerali (soluti) disciolti in H_2O (solvente) che rappresenta, quindi, un vero e proprio alimento. E come per tutti gli altri alimenti, dovremmo essere naturalmente portati a dire che un alimento è ricco quanto maggiore è il suo contenuto in nutrienti, ma questa ovvia considerazione cozza pesantemente con tutta una serie di convinzioni radicate nella popolazione che per l'acqua porta, senza alcuna base scientifica, a fare la considerazione opposta. La durezza, importante fattore relativo alla "usabilità" dell'acqua – la formazione di calcare, ossalato di calcio o di magnesio insolubile che si forma scaldando l'acqua condiziona la funzionalità e/o la durata di numerosi elettrodomestici – viene generalmente considerato, del tutto inspiegabilmente, un fattore negativo anche per la salute umana e la gente è portata a preferire le acque povere di sali minerali, spinta dalla pubblicità che propone acque di "bellezza" che sono a basso/bassissimo contenuto di sodio e, quindi, in generale, con una scarsissima mineralizzazione. Per completezza di informazione, occorre specificare che la durezza di un'acqua esprime la quantità di cationi multivalenti presenti, tra i quali in alcuni casi particolari possono dare un contributo significativo anche ferro (Fe^{3+}), rame (Cu^{2+}), alluminio (Al^{3+}), etc., ma siccome i cationi multivalenti presenti in quantità rilevante sono generalmente il calcio (Ca^{2+}) ed il magnesio (Mg^{2+}), con





il termine durezza si tende ad indicare in senso restrittivo la loro concentrazione. Come nutrienti questi due cationi svolgono funzioni importantissime: lo ione Ca^{2+} è essenziale per la coagulazione, per la trasmissione dell'impulso nervoso e per la contrazione muscolare, in particolar modo per la contrazione cardiaca; lo ione Mg^{2+} è coinvolto nel trasferimento e rilascio di energia, e svolge un ruolo fondamentale nella fisiologia del cuore.

Scegliere, però, sistematicamente acque minimamente mineralizzate rinunciando scientemente ai nutrienti (sali minerali) presenti in acque oligominerali, mediominerali o fortemente mineralizzate, ci espone a rischi per la salute. Infatti, il consumo prolungato di acque povere in sali minerali è associato ad un aumentato rischio di manifestazioni di patologie cardio-cerebro vascolari. Di converso, contrariamente a quanto generalmente creduto, consumare acque dure non solo non rappresenta un rischio per la salute, ma risulta protettivo per le malattie cardio-vascolari. L'ipotesi maggiormente accreditata è che sia il magnesio, in concentrazioni superiori ai 20 mg/L, il fattore presente nelle acque dure maggiormente responsabile dell'effetto protettivo. La normativa italiana, adeguandosi alle direttive Comunitarie, consiglia per le acque destinate al consumo umano valori di durezza non inferiori a 15°F. L'OMS, inoltre, sottolinea l'importanza della corretta informazione e della disponibilità di acque mineralizzate per i consumatori che impieghino apparecchi domestici per l'addolcimento delle acque, che, nel caso delle resine a scambio ionico, eliminano dall'acqua calcio e magnesio (cationi protettivi) e l'arricchiscono di ione sodio, un ipertensivo [1-2]. Altro motivo per cui le acque dure vengono evitate dai consumatori è il presunto legame con la calcolosi urinaria, anche in questo caso in assenza di evidenze

di una associazione causale. Le evidenze scientifiche, anzi, suggeriscono un dimezzamento del rischio di calcolosi renale sintomatica nei soggetti con un più elevato apporto di calcio rispetto a quelli con un introito più basso [3]. Inoltre, se l'assunzione di ossalati e di calcio è contemporanea, la formazione di complessi insolubili di ossalato di calcio avviene a livello intestinale e, risultando il complesso neoformato impermeabile alla mucosa intestinale, viene eliminato con le feci, mentre se l'assunzione di ossalati e di calcio non è contemporanea risulta elevata la possibilità che le molecole assorbite separatamente a livello intestinale si concentrino a livello urinario, con formazione, precipitazione e cristallizzazione dei sali di ossalato di calcio in corpuscoli di dimensioni sempre maggiori [4]. In conclusione, l'abitudine diffusa di assumere regolarmente acqua minimamente mineralizzata e, quindi, con un basso contenuto di calcio e magnesio, è ingiustificata considerato il riconosciuto ruolo protettivo del magnesio nei confronti delle patologie cardio-cerebro vascolari e del calcio nei confronti della calcolosi urinaria. Inoltre, una ridotta assunzione di calcio e magnesio potrebbe avere risvolti negativi sull'osteoporosi e forse anche di altre patologie cronicodegenerative.

Riferimenti bibliografici

1. Gianfredi V, Nucci D, Vannini S, Villarini M, Moretti M. (2015) Durezza dell'acqua e patologie cardio-cerebrovascolari: Revisione sistematica della letteratura e valutazione meta-analitica. *Sistema Salute*, 59(4):567-577.
2. Gianfredi V, Bragazzi NL, Nucci D, Villarini M, Moretti M. (2017) Cardiovascular diseases and hard drinking waters: Implications from a systematic review with meta-analysis of case-control studies. *Journal of Water and Health*, 15(1):31-40.
3. Curhan GC, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ. (1993) A prospective study of dietary calcium and other nutrients and the risk of symptomatic kidney stones. *New England Journal of Medicine*, 328(12):833-838.
4. Vescini F, Buffa A, Caudarella R. (2007) Influenza del calcio sul rischio di calcolosi renale. *Progress in Nutrition*, 9(1):20-28.



IL VERME DI GUINEA E SAN ROCCO

A CURA DI DANIELE CROTTI



Il cosiddetto “verme di Guinea” (il “Guinea worm” degli anglosassoni) è uno dei tanti appellativi con cui viene chiamato un nematode (un elminta, ossia un “verme”; gli elminti sono alla base della scala evolutiva del regno animale, Regno Animalia); il nematode in questione è *Dracunculus medinensis*, appartenente alla famiglia Dracunculidae (non entro in merito al completo minquadramento tassonomico; in tale contesto genere e specie sono più che soddisfacenti). *Dracunculus* (detto comunemente anche dracunculo) è un genere appartenente così alla classe Nematoda, genere viviparo e parassita di vertebrati. Qua mi limito a quanto interessa la sfera umana (questo in quanto, sia pur raramente se non assai raramente, può interessare anche altri animali, quali cani, bovini, equini, scimmie).

Il termine *Dracunculus* deriva dal diminutivo della parola greca δῶδδδδδ [“dacrδn”], serpente, e dal latino *medinensis*, proprio della città di Medina (Medina in Arabia Saudita, o, più probabilemnte, dalla città di Medina nell’attuale Mali, già Medine, Soudan francese).

Fu descritto e inquadrato tassonomicamente qual tale da Linneo (Linnaeus) nel 1758.

Ebbe nel passato anche altri sinonimi, ormai superati e archiviati, tra cui in particolare *Filaria medinensis*.

È conosciuto o comunque citato con vari nomi. In italiano, oltre a verme di Guinea: verme di Medina, filaria di Medina, oppure dracunculo, appunto. In inglese: Guinea worm, dragon worm, serpent worm o Medina worm.

La malattia causata da questo endoparassita, squisitamente nell’uomo, è detta dracunculiasi o dracunculosi (più raramente, e un tempo, dracontiasi).

Epidemiologia: note geografiche e geopolitiche

Questo verme (e le lesioni che esso procura) è noto sin dall’antichità; dapprima gli egiziani, poi greci e romani, lo conoscevano già e bene.

Sino agli anni '70 – '90 del XX secolo la distribuzione di *Dracunculus medinensis* era piuttosto ampia: valle del Nilo, Africa equatoriale centrale, coste occidentali e nord-occidentali africane, Arabia, Medio Oriente, Iran, Afghanistan, Pakistan, Turkestan, India, regioni sudorientali della ex URSS. Le stime davano l'infezione in una cinquantina di milioni di individui, con maggiori prevalenze in Asia rispetto all'Africa o altrove.

Da allora, in considerazione del fatto che l'uomo è il solo essere infettato e come tale serbatoio per la sua diffusione, quindi facilmente prevenibile, l'OMS lanciò grosse campagne di eradicazione, con buoni successi, talché oggi la malattia è stata debellata in Asia e ridotta nei paese africani. Agli inizi del XXI secolo colpiva ancora 13 Paesi, sia affaccentesi sul Golfo di Guinea, sia in Africa centrale che in quella orientale. Oggi si pensa che sia confinata a pochissimi Paesi dell'Africa equatoriale o sub equatoriale (Nigeria e pochissimi altri), con ancora grossi foci endemici essenzialmente in Sudan meridionale e nel nord del Ghana. Si può così ben dire che attualmente la malattia possa colpire pochi milioni di individui, essendo destinata a scomparire verosimilmente in breve tempo.

Senza volere entrare nel merito di considerazioni più ampie e complesse, a dire che la povertà è sempre penalizzata.

Aspetti biologici e clinici

Dracunculus medinensis è lungo e sottile, con dimorfismo sessuale bene accentuato: il maschio non supera i 4 cm di lunghezza, mentre la femmina misura 70 – 80 cm potendo arrivare a 120 cm (si può dire che misuri 1 metro circa). Essa è bianco-giallastra e contiene migliaia e migliaia di embrioni (ovvero microfilarie, larve rhabditoidi al I stadio, L1). Il maschio scompare rapidamente a fecondazione avvenuta.

Le femmine (sono fecondate nell'arco di 2 – 3 mesi) dopo un anno circa dall'infezione (asintomatica di fatto) migra nel tessuto sottocutaneo, soprattutto degli arti inferiori (piedi, gambe, cosce); qui vivono, dove producono ulcerazioni (precedute da tumefazioni e vescicole a causa delle sostanze tossiche emesse dalla estremità cefalica; la femmina arriva a contatto con la cute e ne fuoriesce con la parte anteriore, per l'appunto), da cui vengono emesse larve (e possono essere tante) ogni volta che la lesione viene a contatto con acqua (e spesso il paziente si bagna nell'acqua dolce, fredda dell'ambiente circostante per attutire il fastidio, il bruciore, il dolore). Ciò si ripete pressoché quotidianamente; però dopo alcune settimane, la femmina, che ha ormai eliminate tutte le sue larve, muore.



Femmina adulta

Le larve restano vitali per 5 – 6 giorni al massimo e in questo arco di tempo debbono essere ingerite da un piccolo crostaceo, un copepode del genere *Cyclops*, che funge da ospite intermedio. Qua le larve maturano a L3 (filariformi, infettanti) e possono infettare l'uomo che beve l'acqua contenente i crostacei parassitati. A livello gastrico, nel soggetto umano, si liberano le larve infettanti che, giunte nel duodeno, ne superano la parete per proseguire per via linfatica il loro sviluppo sino al tessuto sottocutaneo ove, come detto, vivono.

E quindi ricomincia il ciclo.

Come accennato, la fuoriuscita parziale a livello cutaneo del verme adulto è dolorosa. La perforazione della cute provoca dapprima una lesione vescicolo-pustolosa (flittene), che poi evolve in ulcerazione (ove è visibile la parte anteriore del verme). Una volta che la femmina adulta muore, si assiste ad una sua progressiva degenerazione od espulsione in sede anatomica di lesione, talora con progressiva guarigione di questa (attenti: vi può essere poliparassitismo, per cui il danno può proseguire per periodi lunghi).

Va anche detto peraltro che le lesioni si possono sovrainfettare e comunque vi sono disturbi della funzionalità dell'arto colpito.

Non entro in merito al fatto che vi può essere anche eosinofilia nonché altre reazioni sistemiche di grado variabile. Il punto è perciò questo: la femmina va eliminata. Va estratta. E qui le dolenti note, si fa per dire.

Il dracunculo, *Dracunculus medinensis*, viene estratto avvolgendolo delicatamente attorno ad un bastoncino (dal quale probabilmente deriva il "bastone di Asclepio" [vedi oltre!]).



Estrazione di *Dracunculus medinensis*.

L'estrazione può durare anche parecchi giorni (se non settimane) e deve essere eseguita da individui esperti (2 – 3 cm al giorno, si raccomanda), allo scopo di evitare che il verme si spezzi durante l'estrazione: infatti, in questo caso, sarebbe impossibile estrarre la parte del verme rimasta in profondità al di sotto del tessuto cutaneo e, più ancora, vi possono essere reazioni allergiche, anche gravi. Opportuno comunque è adiuvarsi con sostanze antinfiammatorie.



Femmina adulta parzialmente rimossa dalla lesione rotta del IV dito del piede destro

Curiosità, tradizione e note demoetnoantropologiche



Asclepio



Hermes

Asclepio, Esculapio per i Latini, era il dio della medicina; Hermes, Mercurio, il dio della sapienza.

I due simboli soprariportati non andrebbero confusi, sebbene ciò avvenga spesso.

Il serpente avvolto ad un bastone altro non era, secondo i più, che il dracuncolo, avvolto attorno ad un bastone, il bastoncino che serviva per attorcigliarlo ed estrarlo dalla ferita cutanea nell'uomo.



Questo dovrebbe essere il simbolo, lo stemma, dei medici. Così l'ho ha adottato l'OMS:

Il caducèo (deriverebbe da una parola greco che significa "araldo"), in origine simbolo di pace e prosperità, era ed è il secondo, ovvero il bastone alato con due serpentelli avvolti a spirale, anche se oggi viene chiamato così il simbolo dei medici e

del loro Ordine professionale. Il doppio serpente (il serpente era ritenuto simbolo di sapienza, ma non soltanto) attorno al bastone alato era la rappresentazione del bene e del male, dell'equilibrio, della sapienza, pertanto. In altre parole il potere di conciliare gli opposti, creando una sorta di armonia tra elementi diversi. Da questo punto di vista il caducèo di Hermes sarebbe il simbolo dei farmacisti in quanto i due serpenti rappresentano uno la dose terapeutica e curativa e l'altro la dose tossica ossia il veleno (Diceva Paracelso che «tutto è veleno: nulla esiste di non velenoso; solo la dose fa in modo che il veleno non faccia effetto»). Ciò fa evidentemente riferimento alla professione originaria del farmacista, che preparava egli stesso i farmaci d'uso, stando attento ai dosaggi e quant'altro. E il bastone alato può essere appunto il farmacista che si eleva sopra le parti in quanto conoscitore dell'una e dell'altra, che si frappone tra il farmaco e il veleno in quanto consapevole del corretto dosaggio.

Per quanto riguarda il primo dei due simboli, il bastone con un unico serpente è dunque, lo si ripete, il simbolo del medico che, ai tempi dei tempi, con un bastoncino estraeva, arrotolandolo attorno ad esso, la femmina adulta di *Dracunculus medinensis*.

In effetti sembra quasi più raccontata e descritta l'origine e il significato del bastone (alato o meno) con i due serpentelli (che in tal caso non sono o non dovrebbero essere i "vermi di Guinea"), che non il "nuovo" caducèo medico: il bastoncino (o "bastone di Asclepio") con il verme di Medina arrotolato attorno.

Ebbene sì, è stata fatta un po' di confusione.

Al di là di ulteriori approfondimenti al riguardo (testi e la rete possono aiutare, oltretutto confondere non poco), è invece interessante riportare quanto segue.

Nel quadro precedente è rappresentato san Rocco con una parziale fuoruscita di *Dracunculus medinensis* dalla coscia sinistra. Il quadro, di autore pugliese ignoto del '400, è nella Pinacoteca di Bari.



In genere san Rocco è rappresentato con un bubbone o, meglio, con una ferita (purulenta o meno) alla coscia (come si può vedere nella foto sottostante).

Il santo si ammalò di peste, fu “miracolosamente guarito” e continuò a curare gli appestati; per cui è protettore degli appestati e per estensione dei malati in genere.

Approfondendo la figura di questo santo e i suoi “attributi”, va detto che l’elemento distintivo è, per l’appunto, una lesione, una piaga solitamente sulla coscia (a volte sinistra, altre destra). La lesione generalmente ha la forma di una piaga verticale, lineare e ovale e somiglia alla ferita provocata da una freccia (simbolo della peste) oppure all’incisione che il chirurgo praticava per cercare di porvi rimedio. Alcuni artisti aggiungono perfino gocce di sangue mentre in tempi moderni il realismo si attenua e la piaga è nascosta da una benda. In qualche raffigurazione anche le mani e gli altri arti vengono raffigurati con le deformazioni derivanti dai postumi del contagio.

Per inciso, altri attributi sono o possono essere il tabarro con tabarrino (mantello e mantellina), espressione di protezione, il cappello (in genere posto alle spalle), il

bastone (che richiama i lunghi viaggi), la borraccia (o zucca, per l’acqua, appesa al bastone a un fianco), una conchiglia (per attingere acqua fresca), e a volte altre ancora. Il cane, quando raffigurato, ha in bocca un pezzo di pane che serviva a nutrire il santo durante la malattia.

Tornando a bomba, è piuttosto curiosa la raffigurazione, unica pare, del santo Rocco con il “serpentello” che esce dalla lesione cutanea sulla coscia. Si ipotizza che questa singolare rappresentazione faccia evidentemente pensare al “serpente ardente” ovvero a *Dracunculus medinensis*, il “verme di Guinea”. In Puglia la dracunculosi non era endemica, ma Bari era un importante terminale della rotta per l’Africa del nord e delle coste occidentali. Il quadro potrebbe essere stato commissionato da una persona che aveva visto o subito la malattia, quindi quasi un “ex voto”.



ASSOCIAZIONE MEDICI E ODONTOIATRI LIBERI PROFESSIONISTI

DOTT. SSA PAOLA FUSARO

Il direttivo di AMOlP



AMOlP nasce circa un anno fa, con l'obiettivo di ridare al medico e all'odontoiatra

libero professionista la giusta considerazione nel panorama sanitario italiano, ridare perché il ruolo del libero professionista è stato storicamente messo ai margini

sia dal punto di vista normativo che di tutela.

È nostra intenzione cercare un dialogo costruttivo in primis con le istituzioni ma anche con le altre associazioni e sindacati che vorranno interagire con noi. Pronti a collaborare con tutti, convinti delle nostre idee, ma disposti a confrontarci con quelle degli altri per far sì che si superi la purtroppo nota frammentazione dei medici che è causa della fragilità di tutta la categoria.

Come tutti i medici poniamo al centro della nostra professione la tutela del paziente, la relazione con lui, la sua cura e il suo benessere.

Riteniamo quindi che i medici siano tutti uguali, che tutti abbiamo ottemperato allo stesso giuramento, e che non ci debbano essere differenze non solo nei doveri ma anche nei diritti. Per questo chiediamo che i liberi professionisti non debbano in alcun modo essere penalizzati rispetto agli altri.

Ci stanno a cuore alcuni temi che riteniamo fondanti, e sui quali abbiamo già iniziato a dialogare con le istituzioni ordinistiche, come quella di Roma e altre sono in programma nel breve.

EQUO COMPENSO, con reintroduzione ad esempio del tariffario minimo e massimo.

La professione medica non va svilita a livello di discount.

Temiamo infatti che la corsa alle parcelle al ribasso possa creare un serio pericolo per la qualità delle prestazioni sanitarie, che non può in alcun modo essere squalificata a una vendita promozionale.

In tema di Equo Compensò, siamo sostanzialmente favorevoli alle posizioni



della FNOMCEO, recentemente ribadite in sede parlamentare, in commissione giustizia del senato, dal suo presidente.

OFFERTA FORMATIVA

Auspichiamo una maggiore offerta di corsi ECM.

chiediamo quindi il massimo sforzo da parte di istituzioni come Ordini e strutture del territorio, che coinvolga anche i liberi professionisti (spesso costretti a sostenere spese ingenti per ottemperare al doveroso obbligo formativo).

Più formazione, più formazione gratuita, più qualità della formazione **MAGGIORE VIGILANZA.**

Chiediamo una presa di posizione forte e decisa da parte degli Ordini, contro le speculazioni di alcuni studi legali per presunti casi di malpractice.

La costante crescita dei contenziosi legali interferisce negativamente nel rapporto medico paziente, determinando un clima di sfiducia e ostilità, oltre che un aumento esorbitante dei premi assicurativi per le polizze professionali.

CERTIFICAZIONI

Riteniamo, in un'ottica di pari dignità tra medici, che le certificazioni per patologia erogate dai liberi professionisti debbano avere lo stesso valore e riconoscimento ufficiale di quelle erogate dai colleghi del sistema pubblico.

Non si comprende infatti, in cosa dovrebbe differire la competenza di uno specialista che esercita la libera professione rispetto al medico che esercita nel Settore Pubblico.

MEDICINA SOLIDALE

Supporto operativo e organizzativo nelle iniziative di solidarietà e nelle condizioni di emergenza, in sinergia con istituzioni ed enti.

Naturalmente siamo pronti a fare nostri i problemi di ogni singolo collega.

AMOlP sarà sempre vicina a tutti i medici, in particolare ai liberi professionisti che rappresenta

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DEL PESO: LE NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE DELL'ASSOCIAZIONE "IL PELLICANO"

DOTT. SSA MARIA ASSUNTA PIEROTTI

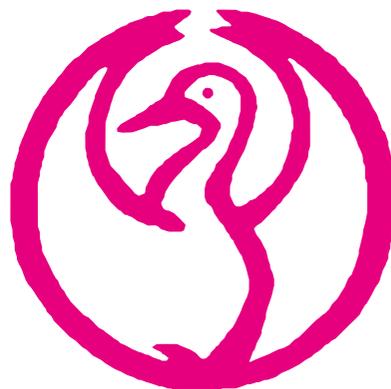
Psicoterapeuta, Responsabile del Centro

DOTT. RAFFAELE RUOCCO

Medico Dietologo, perfezionamento in
Psicoterapia e Fenomenologia Clinica per i
DCA e del Peso

DOTT. CRISTIAN CORVAGLIA

Dietista, Vice-presidente del Centro



IL PELLICANO •
Associazione per i
disordini alimentari e del peso

La relazione dell'uomo con il cibo non si limita ad una semplice questione nutrizionale, riguarda piuttosto il rapporto più complesso che esso ha con il nostro corpo, il cervello, i sensi, le emozioni ma non solo. L'attrazione per il cibo va quindi ben oltre il bisogno energetico individuale, è un'attrazione di massa che oggi esprime più quello che vogliamo che quello di cui abbiamo bisogno.

Il tema più affascinante ma allo stesso tempo drammaticamente attuale è il rapporto fra cibo e cervello. Nel soggetto che manifesta un disturbo alimentare c'è una grande fame di libertà, di una libertà che vorrebbe rifiutare ogni limite. Ma la mancata accettazione di regole fa sì che questo desiderio smisurato si trasformi nel suo opposto: una totale dipendenza. Siamo di fronte cioè a persone onnipotenti-impotenti dove il cibo non si costituisce degli alimenti ordinari, ma dei sogni onnipotenti che questi soggetti coltivano e che si capovolgono in stati di penosa impotenza.

I disordini dell'alimentazione e della nutrizione rappresentano oggi un'importante causa di morbilità e mortalità soprattutto nelle adolescenti e giovani donne adulte e si diffondono sempre più e con nuove caratteristiche negli uomini. Inoltre, la coesistenza dei disturbi dell'alimentazione con i disturbi dell'umore è stata riportata in circa il 40% dei casi. L'attuale classificazione divide queste malattie in tre principali categorie diagnostiche: **anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione atipici.**

I primi due sono i più noti e "pubblicizzati", ma più del 60% circa delle persone è affetta da disturbi dell'alimentazione definiti atipici ma non per questo meno complessi. Essi rappresentano quindi la percentuale maggiore dei casi clinici, quelli che non si "vedono" e che sfuggono ai trattamenti.

È esperienza comune a molti terapeuti infatti imbattersi in nuove forme di distur-

bi alimentari e dell'immagine corporea come **l'ortoressia**, un nuova nevrosi, caratterizzata dall'ossessione del mangiare sano, dalla ricerca spasmodica del cibo giusto, genuino e naturale. La dieta diventa monotona, carente e sbilanciata. Una recente ricerca della Loyola University nata per cercare le conseguenze morali delle scelte di cibo "organico" ha dimostrato



che chi è ossessionato dal cibo buono si ritiene nel giusto su tutto autoassolvendosi anche da ogni altro egoismo e si sente addirittura superiore, come se avesse acquisito una moralità da spendere anche in altri campi.

La **vigoressia o bigoressia** è caratterizzata da un'applicazione maniacale all'esercizio fisico praticato in palestra (body building in particolare), dall'adozione di pericolose diete squilibrate iperproteiche e uso di farmaci che possono provocare in particolare danni renali, epatici e metabolici in generale in alcuni casi irreversibili.

La sindrome da alimentazione notturna è una combinazione di un disturbo dell'alimentazione, del sonno e dell'umore e coinvolge in particolare le persone adulte.

Nella **drunkoressia**, un disordine alimentare comune tra le/gli adolescenti, si alternano il digiuno prolungato durante il giorno all'assunzione di enormi quantità di alcolici durante la sera. In questo caso, non c'è una ricerca della magrezza fine a se stessa, ma è strumentale e conseguente all'assunzione di alcol: le calorie risparmiate durante il giorno possono poi essere spese in alcolici e superalcolici nelle ore notturne.

Il "**Vomiting**" consiste principalmente nella pratica di utilizzare il vomito autoindotto dopo avere consumato il pasto, il più delle volte in forma di abbuffata. Il rituale mangiare-vomitare inizialmente si presenta in modo saltuario, successivamente diviene spontaneo e abituale e spesso anche slegato dall'atto del mangiare. Nell'**exercising**, letteralmente esercitarsi, allenarsi, la persona pur cercando di alimentarsi in modo equilibrato, finisce poi per perdere il controllo sul cibo e consumare alimenti particolari, ha l'ossessione di bruciare calorie e ricorre ad una attività fisica intensa ed estenuante. L'obiettivo è mantenere un peso ideale o leggermente inferiore a quello naturale e di avere un corpo atletico scolpito ed invidiabile.

Accanto all'anoressia e alla bulimia e oltre a quelli elencati prima ci sono altri disturbi, quali la pica (consumo di sostanze non commestibili), il rumination disorder (il rigurgito di sostanza ingerite), l'avoidant/restrictive food intake disorder (mancanza di interesse per l'ingestione sufficiente di cibo).



“Il Pellicano” e le sue attività

La pressione sociale per le forme corporee, per un corpo scolpito e perfetto e l'ossessione per la dieta sono fra i fattori determinati per lo sviluppo di queste malattie in particolare negli adolescenti e nei giovani adulti. In particolare, i ragazzi e gli adolescenti sovrappeso e le persone obese in generale sono vittime dell'ossessione sociale verso l'ideale di magrezza e allo stesso tempo stigmatizzate perché molto distanti da questo ideale.

In questo scenario variegato e complesso si inserisce l'attività del **Pellicano**, una associazione ON-

LUS costituita nel 1997 che ha sede a Perugia e si occupa da 25 anni circa di Disordini Alimentari (Anoressia, Bulimia e BED) e del Peso.

L'associazione, costituita da pazienti ed ex pazienti, svolge con l'apporto di professionisti attività di accoglienza, di consulenza, di auto-aiuto, terapia e riabilitazione secondo un approccio psico-nutrizionale di tipo multidisciplinare integrato. Più specificamente le attività svolte sono concentrate sul **training di familiarizzazione al cibo, terapia individuale e di gruppo, gruppi psico-nutrizionali, gruppo di supporto alla genitorialità, attività laboratoriali**

L'associazione è specializzata in percorsi di assistenza individuale e di gruppo rivolta ai pazienti e ai familiari, con l'apporto di figure professionali quali: *psichiatra, neuropsichiatra, medico internista, dietologo, dietista, pediatra, psicologo/psicoterapeuta, biologo nutrizionista, osteopata*, realizza inoltre progetti di studio, di ricerca, documentazione, formazione e promuove iniziative di informazione e sensibilizzazione.

L'azione del Pellicano prova da sempre a modificare il paradigma di una cultura medica che ci ha formato ad una visione di una medicina d'organo e ci ha abituato a pensare il nostro organismo costituito da vari pezzi e due entità fondamentalmente distinte corpo e mente. Entità separate, autonome e in grado di svilupparsi, modificarsi, adattarsi con scarse possibilità di influenzarsi reciprocamente. Nella realtà, il nostro organismo è l'espressione di un'identità psico-biologica costituita dall'unione inscindibile di mente e corpo, un'identità di cui le due componenti o parti sono in grado di influenzarsi potentemente ed in maniera sorprendente al punto che qualsiasi dolore o sofferenza dell'anima si ripercuote sul corpo con veri e propri sintomi fisici, disturbi aspecifici e dolori apparentemente inspiegabili.

Reciprocamente una situazione di deficit biologico, secondario ad esempio ad una condizione di sottopeso o sovrappeso, può esprimersi con atteggiamenti e comportamenti anomali nei confronti del cibo, con alterazioni dell'umore, difficoltà nelle relazioni sociali e nel vissuto psicologico della persona.

L'esperienza maturata in questi anni dall'associazione su patologie così com-

plesse e dinamiche e in particolare sull'ascolto delle/i pazienti, ha visto delinearsi la necessità di focalizzare i percorsi riabilitativi psico-nutrizionali su tre obiettivi principali:

1. **modificare** l'approccio ed il campo di azione nel nostro rapporto con il cibo prendendo come dato acquisito il fallimento dei modelli culturali e dei codici tradizionali (diete ipocaloriche) che promettono maggiore piacere e gioia di vivere, ma stanno esitando in un serio pericolo per la salute psico-fisica delle persone;
2. **fornire** un contributo, una sollecitazione, uno spunto di riflessione critica circa le complesse e ambivalenti relazioni fra cibo, corpo, mente ed emozioni, sulla necessità di parlarne tanto, di amarlo al punto di "fare l'amore" con uno yogurt o rifiutarlo in alcuni casi fino alla morte;
3. **aiutare** le persone a trasformare l'attuale ossessione per il cibo e il corpo in una giusta e sana attenzione.

La sfida futura del Pellicano rappresenta il nuovo approccio al **trattamento dell'obesità**. E poiché i "comportamenti complessi" coinvolti nella perdita e nel mantenimento del peso attraverso la modificazione dello stile di vita sono influenzati in massima parte da processi cognitivi consci è chiaro che questi possano avere un ruolo influente nel successo o nel fallimento di un individuo nel percorso di perdita e mantenimento del peso perduto.

I fattori cognitivi sono ampiamente trascurati nei tradizionali programmi dietetici basati essenzialmente sulla riduzione e sul conteggio delle calorie per perdere peso. Questa ipotesi è supportata da ricerche scientifiche di base che dimostrano chiaramente il ruolo dei processi cognitivi nel mantenere abitudini alimentari non salutari e rendere difficile un'alimentazione più sana.

Questa sfida mira in generale a un ampio confronto scientifico con gli addetti ai lavori e in particolare ad aiutare la persona malata a scrutarsi, vedere di là dei "problemi" di cibo e di peso, considerandola nella sua interezza e focalizzando l'intervento sulle conseguenze del problema nelle relazioni interpersonali, auto-stima, salute, tono dell'umore, efficienza. In conclusione aprire la persona a una visione olistica della propria esistenza.

Come è strutturata l'associazione "Il Pellicano"

Per il conseguimento dei suoi fini istituzionali l'associazione è convenzionata con l'**Azienda Sanitaria n.1 di Perugia**, e per lo svolgimento dei tirocini universitari è convenzionata con l'Università degli Studi di Perugia, Università degli studi di Firenze, Università la Sapienza di Roma, Università Europea di Roma, Università degli studi di Milano Bicocca.

Dagli inizi della sua attività più di 1000 persone si sono rivolte all'associazione con un incremento costante nel tempo e, ad oggi, sono stati conseguiti importanti risultati sia in termini quantitativi che qualitativi.

Per un esito positivo dei trattamenti particolare attenzione viene dedicata al rapporto di collaborazione con i medici di famiglia e i pediatri.

**RIEDIZIONE DEL SAGGIO
STORICO-MEDICO SULLE
PESTILENZE DI PERUGIA
E SUL GOVERNO SANITARIO DI
ESSE DAL SECOLO XIV
FINO AI GIORNI NOSTRI DEL
DOTT. CESARE MASSARI A CURA
DEL DOTT. STEFANO LAURETI**

DOTT. TIZIANO SCARPONI

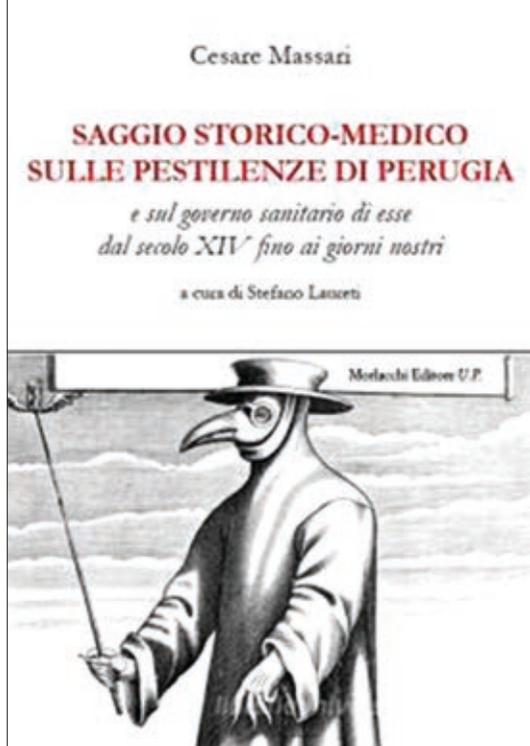
L'idea di rieditare questo saggio, come sottolinea Stefano Laureti che è il curatore dell'opera, nasce dalla considerazione della particolare attualità del tema trattato.

In questo momento segnato da una pandemia che nell'immaginario collettivo, viziato da un'illusoria onnipotenza della scienza, si riteneva non più possibile, la rivisitazione delle pestilenze che così pesantemente e frequentemente hanno ferito l'umanità, può recuperare la cognizione della minaccia costante che purtroppo rappresentano indistintamente per tutti e potrebbe darci motivo di un più "profondo pensiero".

Riproporre questo testo, che qualche anno addietro ci sarebbe apparso come memoria di un passato irripetibile, ci dà invece la percezione che quel sentimento di dolore, di angoscia che vissero i nostri avi non è cosa confinata ai tempi che furono. "All'impensata di ognuno" avrebbe detto il Massari è sopraggiunta la catastrofe. Un insegnamento su tutti: l'agire sordinato di troppi, soprattutto l'ignoranza del giusto, produce sicuramente più danni del male stesso. Dovremmo raggiungere la consapevolezza che solo chi sa fare deve poter fare, senza l'intralcio di negazionisti, complottisti e supponenti di ogni genere che, seminando talora panico ingiustificato, altre volte un concetto falsato di libertà, diffondono malanni talora peggiori della malattia stessa.

Un'informazione spesso di parte, la strumentalizzazione politica, l'irresponsabilità degli organi esecutivi, sono ottimi alleati degli agenti patogeni (batteri e virus) e paradossalmente è più difficile contrastare la disinformazione e la cattiva informazione che realizzare un vaccino.

Sono tutti concetti già espressi dal Massari nella sua opera, così come l'affermazione che "debbono essere sempre conciliati tra loro i nostri due grandi interessi ovvero il commercio e la salute pubblica e che se per avventura l'uno debba disgraziatamente prevalere sull'altro sia del primo la perdita non del secondo".



Così come nel prendere misure sanitarie sul cammino dei contagi e il renderle efficaci “dipende e deriva dalla forza del governo e delle leggi, dall’intelligenza dei moderatori sanitari, dall’onoratezza di tutti gli impiegati dal primo all’ultimo di essi, finalmente dal tesoro disponibile che al bisogno si trovi”.

Per quanto riguarda i criteri adottati, come indicato da Antonio Seccia Storico della stampa e bibliofilo, nella riedizione del Saggio, si è privilegiata l’idea del rifacimento ex-novo della composizione del testo, mantenendo tuttavia il progetto grafico originale. Il tutto al fine di rendere più fruibile il Saggio ad un pubblico abituato agli stampati moderni più chiaramente leggibili e meno faticosi alla vista. Per rispetto bibliografico sono state riprese fedelmente la prima e la quarta di copertina, le pagine del frontespizio, dell’imprimatur e delle tavole.

Chiunque si dedichi alla lettura del Saggio, espone Stefano Laureti nella sua introduzione, potrà trarre conoscenze su un lungo periodo storico della città di Perugia, consultare le cronache degli eventi epidemici, ricavare informazioni sull’evolversi dell’Arte Medica a Perugia, nonché sull’organizzazione dell’assistenza sanitaria e sullo sviluppo delle strutture di ricovero e ospedaliere locali.



FORMAZIONE DELL'ASO: OBIETTIVI RAGGIUNTI E ORIZZONTI PROSSIMI

DOTT. EZIO POLITI

Con l'ACCORDO CSR del 23/11/2017 ai sensi articolo 4 D.lgs. 28/8/1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano è stato individuato il profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario di cui all'art. 1 comma 2 della legge 01/02/2006 n. 43 per la disciplina della relativa formazione.

L'Assistente di Studio Odontoiatrico è l'operatore in possesso dell'Attestato conseguito a seguito della frequenza di specifico corso di formazione, fatti salvi i casi previsti nell'art. 11 dell'Accordo, che svolge attività finalizzata all'assistenza all'odontoiatra e dei professionisti sanitari del settore durante la prestazione clinica, alla predisposizione dell'ambiente e dello strumentario, all'accoglimento dei clienti ed alla gestione della segreteria e dei rapporti con i fornitori.

È fatto assoluto divieto all'Assistente di Studio Odontoiatrico di intervenire direttamente sul paziente.

Termina così l'iter normativo iniziato con il PROTOCOLLO d'intesa siglato presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale il 9 gennaio 2001 tra l'ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) e le 000.SS di CGL CISL UIL del settore dei servizi in merito al profilo e qualifica professionale dell'Assistente di Studio Odontoiatrico (ASO) all'interno del CCNL del personale degli studi professionali. Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti degli Studi Odontoiatrici e Medico Dentistici è stato sottoscritto da AIO (Associazione Italiana Odontoiatri), CIFA, FIALS e CONFSAL il 30 marzo 2017 e depositato presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Formazione dell'ASO

La formazione dell'Assistente di studio odontoiatrico è di competenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano che, nel rispetto delle disposizioni dell'Accordo Stato Regioni, procedono alla programmazione dei corsi di formazione ed autorizzano le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e/o gli





Da sx: Prof. A. Tullio, Dr. E. Politi, Dr. F. Filabbi, Dr.ssa M.G. Cantelmi, Prof. S. Eramo, Prof. G. Barraco

Enti di Formazione Accreditati per la realizzazione degli stessi valorizzando le precedenti esperienze istituzionali e associative esistenti.

Coloro che conseguono l'attestato di qualifica /certificazione ai sensi art. 10 Accordo Stato Regioni ed i lavoratori esentati di cui art. 11 sono **OBBLIGATI** a frequentare degli **EVENTI FORMATIVI DI AGGIORNAMENTO** della durata di almeno 10 ORE l'anno.

Organizzazione didattica

Il corso di formazione per Assistente di studio odontoiatrico ha una durata complessiva di 700 ore suddivise in 300 di teoria, 400 di tirocinio, 10 ore esame finale.

Proprio in questi giorni, atteso da lungo tempo, la regione Umbria ha finalmente emanato il Regolamento attuativo, previsto dalla legge del 2018, che disciplina la materia, soprattutto riguardo alla formazione.

Sarà così possibile programmare ed organizzare appositi Corsi di Formazione anche nella nostra regione.

Da un punto di vista sindacale, l'ANDI ha fatto tutto ciò che è stato possibile spinto dalle ripetute richieste d'informazioni e soluzioni che ci venivano giornalmente poste da gran parte dei nostri dipendenti.

La collaborazione con la Dott.ssa Adele Pirro titolare di Future Consulting , ci ha permesso di risolvere almeno in parte il problema, ma soprattutto ci ha indotto a dotare allievi e docenti di un testo di alto livello didattico/professionale che potrà permettere agli ASO di consultarlo anche durante l'iter lavorativo.



Dr. Ezio Politi



Prof. S. Eramo e Prof. G. Barraco



Dr. Andrea Donati

Al testo didattico hanno collaborato Professori Universitari, esperti a livello nazionale e liberi professionisti.

Il libro è stato presentato il 26 marzo a Foligno a palazzo Trinci con la presenza del Dott Ezio Politi, che ha curato il volume, dei Prof. Stefano Eramo, Giancarlo Barraco, Antonio Tullio, della Dott.ssa Maria Grazia Cantelmi, e dei Dott.ri Fabio Filabbi, Andrea Donati, Roberto Pecci e Antonio Montanari.



Dr. Antonio Montanari



Dr. Stefano Pecci

APP E SMARTWATCH. GIOCATTOLE O UTILI IN MEDICINA?

Prima parte

DOTT. GIUSEPPE QUINTILIANI

DOTT.SSA CLAUDIA SAVIGNANI

La pandemia da Sars-Cov-2 ha erroneamente richiesto lo spostamento di tutte le risorse verso lo stato di emergenza, facendo quasi dimenticare l'esistenza della malattia cronica ed oncologica.

La riduzione degli accessi agli ambulatori specialistici e agli ambulatori dei MMG travolti dall'ondata dei malati COVID, ha pertanto fatto sì che il tributo più alto alla pandemia sia stato pagato proprio dai pazienti cronici ed oncologici, abbandonati a se stessi, impossibilitati a sentirsi "presi in carico" e seguiti nelle loro necessità e complessità. Una moltitudine di individui che ora riempie liste di attesa e che non può più essere ignorata. Nel tentativo di un rapido recupero assistenziale, poiché le indicazioni individuano la casa come primo luogo di cura, è bene avviare tempestivamente una discussione con i decisori politici sul percorso migliore nella gestione del paziente fragile e sui rapporti ospedale - territorio.

Un impatto molto significativo potrà infatti concretizzarsi solo se il sistema sanitario saprà ridisegnare l'assistenza territoriale e se i pazienti verranno adeguatamente informati, formati e seguiti a domicilio tenendo conto delle esigenze psico-socio-attitudinali degli stessi ed utilizzando anche nuovi strumenti di telemedicina. Nei pazienti cronici d'altra parte molti parametri clinici, come ad esempio peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca ed eventuali aritmie, saturazione di ossigeno, esami di laboratorio e strumentali, abitudini alimentari, attitudine al movimento, possono essere acquisiti senza la visita in presenza del paziente.

Allora perché non pensare alla presa in carico del paziente come un sistema di monitoraggio in continuo del paziente stesso? Il paziente, in particolar modo quello cronico, se ha la certezza di poter contare sulla sicura presa in carico da parte di medici ed operatori sanitari ancorché a distanza, è di solito favorevole a gestire al meglio la sua patologia nella "tranquillità" della propria casa. Gli aspetti che influiscono sulla qualità della vita del paziente fragile sono molteplici e hanno un impatto sia fisico (possono impattare direttamente sull'andamento della patologia) che psicologico (riuscendo a gestire al meglio la patologia li aiuta a sentirsi meno malati).



Partendo da questa considerazione anche sulla base dell'esperienza acquisita vogliamo fornire una piccola guida per utilizzare al meglio parametri che possono essere derivati direttamente da strumenti che potrebbero essere disponibili proprio a casa del paziente o addirittura indossati.

Nella realtà quotidiana le nuove tecnologie possono essere molto utili soprattutto nei seguenti ambiti:

1. Acquisizione parametri vitali e Recording della salute
2. Gestione dell'alimentazione

Abbiamo valutato alcuni strumenti liberamente acquistabili anche on-line per il monitoraggio di alcuni parametri. Il vantaggio di questi strumenti risiede nel fatto che possono trasmettere ad uno smartphone sia con sistema operativo Android che iOS informazioni riguardanti la salute e le abitudini di vita del paziente. Tutto il sistema si basa sul possesso di uno smartphone anche di non recentissima acquisizione e nell'uso di alcune APP e/o device specifiche .

I sistemi di Recording della salute.

Il sistema Android - Google si basa su Google FitIl sistema iOS ha il suo raccogli-tore nella APP salute. Questi sistemi sono in grado di raccogliere moltissimi dati, in pratica sono dei collettori di informazioni che vengono acquisite da varie app e poi raccolte. Quali sono i sistemi che possono darci informazioni, mandare informazioni a queste app e addirittura inviare un report al medico curante?

La prima cosa che potremmo dover affrontare è dover condividere l'esito di esami strumentali o di laboratorio con il medico. Il metodo più veloce è via e-mail e non è necessario avere un computer. Basta uno smartphone. Infatti visto che comunque si ha il referto cartaceo, il modo più semplice è quello di fotografare il referto e condividerlo via e-mail inserendo l'indirizzo del destinatario. Se invece si vuole condividerlo con un formato di file, un po' più appropriato ed utile anche per il medico per archiviarlo, ovvero PDF, lo si può fare sempre dallo smartphone, utilizzando ad esempio, l'applicazione CamScanner¹ presente gratuitamente negli store classici o con i sistemi già presenti ed implementati nel sistema iOS di Apple.

Uno dei vantaggi più importanti delle APP unite allo smartphone è però l'utilizzo di sistemi che possano agevolare la gestione della patologia nella quotidianità. Esistono infatti applicazioni che registrano parametri come peso e pressione e permettono di vederne l'andamento nel tempo o inviarli via e-mail in formato PDF o Excel in modo che sia il MMG che lo specialista abbiano la situazione costantemente sotto controllo. Queste applicazioni e questi device oggi sono alla portata di tutti e possono essere acquistati anche on-line; le applicazioni si trovano liberamente e gratuitamente negli store più importanti.

Passeremo ora in esame alcuni device e le APP collegate. Naturalmente l'elenco non è esaustivo, ma il tentativo è di fornire esempi che possano essere seguiti per migliorare l'approccio all'auto monitoraggio.



*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.

