



Bollettino

01-02/2024

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

indice

- 3 | RELAZIONE DEL PRESIDENTE
- 21 | EDITORIALE
- 33 | INTERVENTO
CARDINALE BASSETTI
- 43 | GESTIONE OSTEOPOROSI

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

Sommario

- 3 ASSEMBLEA ANNUALE OMCEO DI PERUGIA 17 DICEMBRE 2023
- 16 RELAZIONE DEL TESORIERE
- 17 CONVOCAZIONE ASSEMBLEA
- 21 EDITORIALE
- 24 RISCOSSIONE QUOTE
- 26 IL PREZZO E IL COSTO DELLA SALUTE
- 29 IL NORDIC WALKING
- 33 INTERVENTO DI S.E. CARD. GUALTIERO BASSETTI 2 DICEMBRE 2023
- 39 LA REGISTRAZIONE DEL CODICE UDI DIVENTA OBBLIGO
- 43 GESTIONE DELL'OSTEOPOROSI
- 52 OBBLIGHI DEL MEDICO
- 55 COSA POTRÀ RENDERE ATTRATTIVA LA CARDIOLOGIA UMBRA
- 63 MASSIME ATTRIBUITE A IPPOCRATE

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 Pelliccari

Dottore Commercialista e

Revisore dei Conti

Membri effettivi

Dott.ssa Elena Bartoloni Bocci

Dott.ssa Claudia Giannoni

Membro supplente

Dott. Francesco Giorgetti

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Dott. Massimo Sorbo

Comitato di redazione

Dott. Marco Caporali

Dott.ssa Silvia Carsetti

Dott.ssa Cristina Cenci

Proff. Alberto Falorni

Dott. Iginio 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

ASSEMBLEA ANNUALE OMCEO DI PERUGIA 17 DICEMBRE 2023

DOTTORESSA VERENA DE ANGELIS



Il 17 dicembre 2023 presso l'Aula Luigi Severini dell'Università degli Studi di Perugia (Dipartimento di Medicina) si è svolta l'annuale Assemblea Generale Ordinaria degli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri di Perugia.

Il Presidente ha aperto l'incontro porgendo un cordiale saluto tutti i presenti, in particolare ai giovani colleghi che si affacciavano all'Ordine per la prima volta, e ha ringraziato l'Università, nella figura del Professor Vincenzo Talesa, Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, per aver concesso l'uso dell'aula per lo svolgimento dell'assemblea annuale. Anche quest'anno il prof. Talesa ha portato il suo saluto benaugurante, ha ricordato come l'assemblea rappresenti, soprattutto per i giovani medici neo-iscritti all'Ordine, un momento di passaggio tra lo studio e la professione e ha presentato alcune considerazioni sull'importanza del SSN.

Prima di passare agli argomenti all'ordine del giorno, sono stati ricordati i 23 colleghi che ci hanno lasciato nell'ultimo anno. A loro, dopo averli ricordati per nome, l'assemblea ha dedicato un minuto di raccoglimento.

Dott. Giacomo Accardi, dott. Paolo Angeli, dott.ssa Carmela Avena, dott. Paolo Biagini, dott. Giuseppe Buccarello, dott. Pio Buoncristiani, dott. Gabriele Cerimonia, dott. Vincenzo Vittorio Ciaccio, dott. Massimo Cozzari, dott. Ennio Dall'Aglio, dott. Luigi De Santis, dott. Angelo Gentili, dott. Giuseppe Mariotti, dott. Claudio Monni, dott. Marcello Pagliacci, dott. Gianfranco Patrizi, dott. Lucio Pierotti, dott. Enrico Rossi, dott. Stefano Spadolini, dott. Pier Luigi Sisani, dott. Nearco Trabalza, dott. Mauro Valocchi.

Il Dottor Andrea Donati, tesoriere dell'Ordine, ha presentato per l'approvazione dell'Assemblea, il bilancio preventivo del 2024 già licenziato nell'ultima seduta del consiglio con l'approvazione del Presidente del Collegio dei Revisori, la dottoressa Pellicciari.

È così riassunta la **SITUZIONE ALBI al 17/12/2023**

Iscritti Albo Medici Chirurghi	N. 5605
Iscritti Albo Odontoiatri	N. 750
Doppie iscrizioni	N. 285
Persone fisiche	N.6070 di cui 3353 (55.2%) uomini e 2717 (44.8%) donne
STP	N. 12

Nuovi iscritti dal 01/01/2023 al 17/12/2023

Albo Medici Chirurghi	N. 122 di cui 56 (45.9%) uomini e 66 (54.1%) donne
Albo Odontoiatri	N. 12 di cui 5 uomini e 7 donne

RELAZIONE

L'assemblea annuale è un momento molto importante perché, oltre all'approvazione del bilancio, illustriamo il resoconto dell'attività del Consiglio e proviamo a discutere temi salienti della professione Medica e Odontoiatrica.

Anche il 2023 è stato, in modo diverso dai precedenti, un anno intenso e laborioso. Le attività degli uffici dell'Ordine, grazie alla disponibilità e alla dedizione del personale (Milena, Rita, Antonella, Sergio e Simone), si sono svolte con grande efficienza garantendo un alto livello di qualità a beneficio di tutti.

Vorrei rivolgere un particolare riconoscimento 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 dimissionario, e al dottor Adrea Donati, che è subentrato, sempre attenti alle problematiche dei liberi professionisti.

Un ringraziamento a tutti i consiglieri del Direttivo, dell'Esecutivo e del Collegio dei Revisori dei conti che hanno collaborato fattivamente nel corso dell'anno nell'ambito dei ruoli e dei compiti assegnati.

Ringrazio il Dottor Tiziano Scarponi, il vice-Presidente che si è reso disponibile in tante occasioni.

Ringrazio inoltre i componenti delle Commissioni, coordinate sempre da un consigliere dell'Ordine ma composte anche da tanti volenterosi colleghi iscritti, che continuano a rappresentare al meglio le proposte della nostra comunità medica e odontoiatrica alle Istituzioni e al resto dei colleghi.



Un sentito ringraziamento va ai colleghi che si occupano dello storico sportello previdenziale ENPAM, in particolare il Dottor Sabatino Orsini Federici, con la collaborazione dei dottori Claudia Giannoni e Pasquale Gallo.

L'attività dell'Ordine, **nel campo della formazione**, [*ricordo che la formazione continua è un obbligo deontologico*], 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 abilitante e inoltre si avvale della collaborazione con la Regione e la Scuola Regionale di Amministrazione Pubblica di Villa Umbra, per lo svolgimento del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Prosegue con successo e apprezzamento da parte degli studenti liceali il **Progetto di Biologia con Curvatura Biomedica**. Un sentito ringraziamento va ancora una volta agli oltre 50 medici che si sono resi disponibili, **a titolo gratuito**, a fornire il loro tempo e le loro competenze nell'ambito del progetto, sia per le lezioni teoriche che per il tirocinio pratico.

Come attività ordinistica, ci siamo adoperati con costante impegno, in una inalterata azione di supporto scientifico, professionale, ed etico a fianco dei professionisti pianificando le attività formative peculiari dell'Ordine.

Gli eventi formativi con ECM organizzati sono stati 16 con l'erogazione di oltre 86 crediti.

Oltre agli eventi ECM anche quest'anno abbiamo ospitato altri interessanti incontri quali quelli organizzati dall'AMMI, Donne per la Salute con la Presidente dottoressa Doretta Marinelli.

Molto interessante il Convegno su tema dell'Invecchiamento, all'interno del progetto di Medicus Gentile da Foligno, tenuto il 30 settembre scorso con la partecipazione della Professoressa Patrizia Mecocci, del Dottor Filippo Anelli, presidente FNOMCeO, il monsignor Vincenzo Paglia e il dottor Lucio Patoia.

Ma veniamo a temi che ci sono più propri, in considerazione del fatto che il principale ruolo dell'Ordine è vigilare sulla tutela della Salute dei cittadini senza dimenticare il benessere degli iscritti.

Mi vorrei soffermare su due aspetti:

- Il primo, lo sento davvero molto, è quello relativo alla violenza contro i sanitari. Credo che ciascuno di noi abbia esperienza del disagio che si prova di fronte a una minaccia e della preoccupazione che ci segue anche terminato l'orario di lavoro.
- Il secondo tema è relativo al SSN.

La violenza nei confronti dei professionisti sanitari è un problema crescente e profondamente preoccupante. Questi atti di aggressione, che vanno dalle minacce verbali agli assalti fisici e, come successo in alcuni casi di cronaca, troppi, arrivano fino all'uccisione, si verificano in un'ampia gamma di contesti sanitari, inclusi ospedali, cliniche o durante le visite ambulatoriali e domiciliari.

I setting più interessati sono i PS e gli ambulatori psichiatrici ma non mancano segnalazioni in tanti altri contesti.

Le cause di questa violenza sono molteplici e spesso comprendono lo stress emotivo dei pazienti o dei loro familiari, la frustrazione per le lunghe attese o la percezione di un trattamento inadeguato.

Questa forma di violenza non solo mette in pericolo il benessere fisico e mentale dei lavoratori sanitari, ma compromette anche la qualità dell'assistenza che possono fornire. Gli episodi violenti hanno un impatto negativo sul morale del personale, aumentando i casi di burnout, ansia e depressione tra i professionisti del settore. Inoltre, la paura di futuri attacchi può portare ad evitare delle zone o delle situazioni percepite come un rischio, limitando così la disponibilità e l'accesso alle cure mediche necessarie.

Affrontare la violenza contro i lavoratori sanitari richiede un approccio multidimensionale. È fondamentale implementare politiche di sicurezza efficaci, fornire formazione adeguata al personale su come gestire situazioni potenzialmente violente e migliorare la comunicazione tra pazienti e personale sanitario. Inoltre, è fondamentale creare una cultura di rispetto e sicurezza all'interno degli ambienti sanitari, dove ogni forma di violenza viene chiaramente condannata e gestita con azioni concrete.

Infine, è necessaria una maggiore consapevolezza a livello sociale e politico. La sensibilizzazione pubblica sulle conseguenze della violenza nei confronti dei sanitari e l'implementazione di leggi idonee per penalizzare tali atti possono contribuire in modo significativo a ridurre la frequenza di questi incidenti. La tutela dei lavoratori sanitari non è solo una questione di sicurezza individuale, ma un aspetto fondamentale per garantire l'efficacia e la sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso.

Questo fenomeno è sempre più frequente anche in Umbria ed è il sintomo di un malessere sociale percepito ormai da tanto tempo. Noi medici desideriamo ricostruire un'alleanza con i pazienti, che si nutre di rispetto e fiducia reciproca. Solo attraverso questi presupposti, scongiurata ogni diffidenza e scetticismo, sarà possibile arginare questo dilagante fenomeno, per consentire a tutti noi di tornare a svolgere con serenità il mestiere di cura che tanto amiamo fare.

La violenza ha tante forme differenti e siamo in dovere di contrastarle tutte.

Il 3 maggio 2023, pochi giorni dopo l'uccisione della dottoressa Barbara Capovani, abbiamo organizzato come OMCEO una fiaccolata all'ingresso dell'Ospedale 'Santa Maria della Misericordia' con la partecipazione di una folla commossa e silenziosa di oltre 200 persone per dimostrare solidarietà e vicinanza a tutti i familiari dei sanitari che sono stati vittima di aggressione nell'esercizio della professione.

Ringrazio, oggi come quella sera, tutti coloro che hanno contribuito alla riuscita dell'evento al quale hanno partecipato tante autorità civili e religiose tra cui il vescovo Maffeis.

Veniamo al secondo punto

Che la sanità sia in crisi non è una novità, è in crisi da tanto tempo. La progressiva riduzione delle risorse è soltanto uno dei fattori che hanno condotto ad una visibile compromissione del SSN. Le guerre in corso e la conseguente crisi congiunturale stanno mettendo in evidenza in modo progressivamente preoccupante le carenze del nostro Servizio Sanitario.

Nel 2023, e più precisamente il 23 dicembre, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano celebra il suo 45° anniversario. Dal suo inizio nel 1978, il SSN ha rappresentato un pilastro essenziale nella garanzia di un'assistenza sanitaria accessibile e di qualità per tutti i cittadini italiani.

Il SSN è stato istituito con la Legge n. 833 del 1978, segnando una svolta radicale nella gestione della salute pubblica in Italia. Infatti, con la nascita del SSN, l'accesso alla salute è diventato un diritto universale, indipendentemente dallo status sociale o economico.

Il Sistema Sanitario Nazionale in Italia, da lungo tempo, è riconosciuto e valorizzato dalla popolazione italiana, specialmente in seguito alla pandemia di Covid-19.

Questo sistema, improntato ai principi di universalità e parità, svolge un ruolo

cruciale nel promuovere:

- Il benessere generale e l'innalzamento della qualità di vita di ogni italiano, attraverso l'erogazione quotidiana di una vasta gamma di servizi e prestazioni sanitarie.
- La realizzazione di una società più giusta, mirando a prevenire che l'accesso alle cure sanitarie sia influenzato da disparità socioeconomiche o culturali.

In Italia, la salute è un diritto garantito e accessibile a tutti i cittadini, un principio fondamentale del servizio sanitario che merita di essere enfatizzato. La sanità universale è un elemento distintivo e positivamente valutato nella nostra società. Tuttavia, l'importanza sociale e culturale del sistema sanitario spesso oscura altre dimensioni significative che ne definiscono il ruolo e l'impatto sulla società, in particolare la sua capacità di fungere da catalizzatore per lo sviluppo complessivo del paese.

Il 23 e 24 ottobre scorso ho partecipato al convegno organizzato da FNOMCEO dal titolo “**VALORE SALUTE: SSN VOLANO DI PROGRESSO DEL PAESE**” per i 45 anni del Servizio sanitario nazionale (era il 23/12/1978 quando è stata firmata la legge 833)

In questa occasione è stato presentato Rapporto Fnomceo-Censis “Il valore economico e sociale del Servizio sanitario italiano” da cui è emerso che **Il sistema sanitario crea valore:**

- Valore Economico, poiché stimola una vasta domanda di beni e servizi in diversi settori, molti dei quali inclini all'innovazione. Con una spesa sanitaria pubblica che ammonta a 131,3 miliardi di euro, comprensiva di una parte destinata a ricerca e sviluppo, si stima che il valore complessivo generato dall'attività interna diretta, indiretta e correlata sia di circa 242 miliardi di euro. Il fattore di moltiplicazione, che trasforma la spesa in valore produttivo, è di 1,84. Ciò significa che ogni euro investito nella sanità pubblica tramite il Servizio sanitario crea un ritorno economico di quasi il doppio.
- Valore Occupazionale, in quanto i professionisti che operano direttamente o indirettamente nel settore sanitario rappresentano una quota considerevole della forza lavoro, spesso in ruoli di alta qualità e in linea con le aspirazioni moderne.
- Valore per la ricerca, è essenziale infatti notare che una porzione significativa dell'innovazione nasce all'interno delle sue strutture e viene successivamente diffusa. L'interazione tra ricerca scientifica e attività pratiche sanitarie è cruciale, e il settore sanitario rappresenta un cliente affidabile e influente per i risultati ottenuti dalla ricerca. Pur avendo a disposizione fondi limitati, questa nazione mantiene standard elevati di qualità e quantità, posizionandosi stabilmente tra i primi dieci paesi al mondo per produttività scientifica. Occupa infatti l'ottavo posto a livello globale per il numero di studi pubblicati e il settimo per l'incidenza delle citazioni, superando nazioni europee concorrenti come la

Danimarca e la Svezia, le quali investono più del doppio rispetto all'Italia. In sintesi, il cosiddetto "paradosso italiano" nell'ambito della ricerca evidenzia un'alta produttività a fronte di investimenti relativamente bassi. La carenza di finanziamenti nel campo della ricerca solleva preoccupazioni e sottolinea l'urgenza di un piano di rilancio basato sull'incremento delle risorse pubbliche destinate alle attività orientate alla conoscenza.

- Valore nel contesto della coesione sociale, la salvaguardia della salute come diritto universale contribuisce a rafforzare il tessuto sociale, specialmente in un contesto dove le disparità socio-economiche stanno crescendo. La diffusione capillare di strutture e servizi sanitari sul territorio garantisce una distribuzione omogenea e ampia dei benefici connessi. L'impatto benefico sulla coesione della società è evidente. La garanzia del Servizio sanitario di proteggere la salute di tutti, in ogni luogo, ha avuto un ruolo significativo nel rendere l'Italia una delle nazioni con la maggiore longevità al mondo e, inoltre, con un'aspettativa di vita elevata senza disabilità. L'Italia si posiziona infatti al terzo posto nella classifica dell'Unione Europea per la speranza di vita, con un valore di 82,7 anni, seguendo la Spagna (83,3 anni) e la Svezia (83,1anni).

Pertanto, il Servizio Sanitario va ben oltre il suo ruolo di fornitore di servizi e cure essenziali per il benessere e la qualità di vita delle persone.

È un protagonista chiave nello sviluppo del paese, poiché ogni investimento nel settore (considerando le risorse in sanità come investimenti e non come spese) produce un impatto notevolmente positivo in termini economici, occupazionali, innovativi, di ricerca e di coesione sociale.

Purtroppo l'era prolungata di finanziamenti insufficienti al sistema sanitario ha inevitabilmente portato, soprattutto dopo la crisi del COVID, ad un aggravarsi di carenze strutturali.

La problematica generale nell'ottenere servizi sanitari e le disparità nell'accesso alle cure tra diverse aree sociali e geografiche sono diventate argomenti costanti nei media. Allo stesso tempo, riaffiorano problemi abituali come le liste di attesa, che ostacolano l'accesso tempestivo ai servizi sanitari, causando una variazione nella qualità delle cure a seconda della zona di residenza e della capacità economica di ricorrere al settore privato.

È importante/essenziale considerare la spesa pubblica in sanità, come evidenziato dalla ricerca CENSIS, non solo come un costo, ma come un catalizzatore di crescita socioeconomica. Investire in questo settore promette un ritorno di valore maggiorato, dal quale tutti i territori traggono vantaggio.

Questo rappresenta un cambiamento fondamentale nella cultura, unendo forti motivazioni di solidarietà sociale e l'obbligo di supportare chi soffre a causa di

malattie, a una nuova e convincente ragione economica.

In un settore sanitario che sta subendo profonde trasformazioni, dove si sta ridefinendo sia il modo in cui i cittadini interagiscono con la propria salute, sia come vengono finanziati e accessibili i servizi sanitari, il ruolo del medico è cruciale. Questa figura professionale, che varia e spazia dal medico di MG a quello ospedaliero, dall'odontoiatra agli specialisti ambulatoriali, costituisce un punto di continuità nel tempo. Ha sempre avuto e continua ad avere un ruolo fondamentale nel garantire la qualità e l'adeguatezza delle cure offerte ai cittadini.

Il rapporto CENSIS purtroppo mette in luce che la sanità pubblica italiana riceve risorse notevolmente minori rispetto ad altri paesi europei simili, e si trova di fronte a una grave carenza di personale, che potrebbe portare a costi sociali elevati in futuro.

Gli italiani hanno preso coscienza della "fine delle promesse" nel settore sanitario, tradottasi in una rassegnazione verso un Servizio Sanitario Nazionale ormai poco efficace.

Il 79,1% degli italiani si dice molto preoccupato per il futuro del SSN e il 71% è disposto a pagare di tasca propria in caso di urgenze.

E Guardando al futuro?

Guardano il futuro, il Sistema Sanitario Nazionale dell'Italia affronta diverse sfide e opportunità significative.

- L'evolversi del profilo demografico dell'Italia, caratterizzato da un invecchiamento della popolazione, porta con sé esigenze sanitarie uniche. Con l'aumento del numero di anziani, ci sarà una maggiore domanda di servizi sanitari specificamente dedicati alle malattie croniche e legate all'età e non solo. Questo cambiamento demografico richiede un riorientamento strategico dei servizi sanitari verso l'assistenza geriatrica, la gestione delle malattie croniche e le strutture di cura a lungo termine ma anche dei servizi di cure palliative.
- Inoltre, l'emergere di nuove tecnologie e trattamenti sanitari presenta sia un'opportunità che una sfida. Le innovazioni nella tecnologia medica, nella telemedicina e nei registri sanitari digitali possono migliorare significativamente l'efficienza e la qualità dell'erogazione dei servizi sanitari. Tuttavia, questi progressi richiedono un sostanziale investimento in infrastrutture e formazione, oltre a una attenta considerazione di questioni relative alla privacy e soprattutto all'etica.
- Un altro settore critico è l'investimento nella forza lavoro. Il sistema sanitario deve garantire una fornitura adeguata di professionisti sanitari, con medici, infermieri e personale di supporto ben formati. Questo implica non solo il reclutamento e la formazione di nuovi lavoratori sanitari, ma anche la salvaguardia del personale esistente attraverso salari competitivi, opportunità di sviluppo professionale e **soprattutto** miglioramento delle condizioni di lavoro.

È proprio per difendere il nostro SSN che c'è stato lo sciopero di medici, dirigenti sanitari e infermieri il 5 dicembre scorso e ce ne saranno altri. Difendere il SSN significa anche difendere il ruolo dei sanitari e da qui nasce la protesta contro il taglio delle pensioni, l'insoddisfacente ripartizione del fondo sanitario nazionale, la difficoltà nella gestione della medicina di prossimità, delle assunzioni del personale sanitario, della stabilizzazione dei colleghi precari e delle giovani leve.

Un caro benvenuto da parte mia e di tutti i componenti del CD a tutti i nuovi iscritti. Mentre ci troviamo qui per celebrare l'inizio di un viaggio straordinario nel campo della medicina per tanti giovani colleghi, è essenziale riflettere sull'importanza del Giuramento di Ippocrate, una pietra miliare che segna l'inizio della vostra carriera come **medici**.

Questo antico giuramento, che risale a oltre duemila anni fa, non è solo una tradizione formale, ma rappresenta il fondamento etico della medicina. Mentre pronunciate queste parole, vi impegnate a mantenere i più alti standard di integrità, compassione e dedizione nel vostro lavoro.

Il giuramento è un promemoria costante del vostro ruolo non solo come guaritori del corpo, ma anche come custodi della fiducia e del benessere dei vostri pazienti. Nel mondo moderno, dove la medicina è avanzata in modi che Ippocrate non avrebbe mai potuto immaginare, le parole del Giuramento mantengono una risonanza profonda. Vi impegnate a rispettare la vita e la dignità umana, a mantenere il segreto professionale e ad agire sempre nell'interesse dei vostri pazienti.

In un'era di tecnologia avanzata e di cambiamenti rapidi, questi principi vi guideranno come una bussola morale, aiutandovi a navigare nelle complesse decisioni che dovrete affrontare.

Il giuramento che oggi pronuncerete è più di un semplice insieme di parole; è un impegno ad esercitare la medicina con umanità e onore. In un mondo in cui la malattia e la sofferenza persistono, il vostro ruolo come medici è cruciale. Siete chiamati non solo a curare, ma anche a consolare, a comprendere e a empatizzare. Il giuramento vi chiama anche a rispettare la privacy e la riservatezza dei vostri pazienti, una responsabilità fondamentale nell'era dell'informazione. In un mondo dove le informazioni possono essere facilmente condivise e disperse, proteggere le informazioni sensibili dei pazienti è più critico che mai.

Inoltre, il Giuramento è un promemoria del vostro dovere verso la società. La medicina non è solo una professione, è un servizio. Ogni giorno, sarete chiamati a fare scelte che influenzano non solo i vostri pazienti, ma anche le comunità in cui vivete e lavorate. Il giuramento vi incoraggia a mantenere elevati standard etici e a lavorare per il bene comune.

Care colleghe e cari colleghi, vi esorto a portare avanti questi valori con orgoglio e

dedizione. La vostra adesione al Giuramento è un passo fondamentale nel vostro viaggio verso l'eccellenza professionale e l'integrità personale. Vi auguro il meglio nel vostro percorso, ricordandovi che siete il futuro della medicina, custodi di una tradizione nobile ed essenziale per il benessere dell'umanità.



Il Giuramento è stato letto all'unisono da tutti i medici presenti in aula.

I giovani colleghi premiati dal CD nell'anno 2023

Premio Domenico Tazza - Cesare Fiore 2023



Dott. Tommaso Bonifazi

Tesi "Impianto di PreserFlo MicroShunt in pazienti con glaucoma ad angolo aperto: valutazione di efficacia e sicurezza nel follow-up ad 1 anno e correlazione con laser flare meter "



Dott.ssa Maria Beatrice Minelli

Tesi "Management clinico-terapeutico delle tireopatie in Medicina Generale. Focus sull'ipotiroidismo"



Dott. Giuseppe Alessandro Pacifico

Tesi "Uso di statine e rischio suicidario"



Dott. Gian Luca Pancrazi

Tesi "Effetti soppressivi del cannabidiolo su cellule di carcinoma squamocellulare orale"



Dott. Emilio Rossi

"Tromboembolismo venoso nel paziente oncologico: fattori di rischio di sanguinamento"

Premio Fabio Giaimo 2023



Dott.ssa Sara Torba

Tesi "Gestione dell'arresto cardiaco perioperatorio"

Premio Luigi Balducci 2023



Dott.ssa Ilaria Bartolini

Tesi "Sequela cardiache dell'infezione da SARS-COV-2"

A Tutti i laureati nel 1973, 50 anni saranno scivolati via veramente alla svelta, forse perché il lavoro non vi è mancato! Grazie e congratulazioni a tutti voi per il vostro impegno e dedizione.

Dott.ssa Dorina Arcamone, dott. Francesco Ascani, dott. Giancarlo Barboni, dott. Guglielmo Benemio, dott. Bruno Biscottini, dott. Paolo Briziarelli, dott. Mauro Calzoni Burini, dott. Antonio Canonico, dott. Giuseppe Castellucci, dott. Claudio Cattuto, dott. Francesco Maria Cerami, dott. Sergio Cozzari, dott. Daniele Crotti, dott. Angelo D'Amato, dott. Mario Domenico De Caridi, dott. Sandro De Felicis, prof. Paolo Della Torre, dott. Giovanni Divizia, dott. Costante Donati Sarti, dott. Enzo Ercolani, dott. Paolo Ferrera, dott. Francesco Giovagnoni, dott. Marco Guarino, dott. Clorindo Leone De Magistris, dott. Silvano Lolli, dott. Guglielmo Magarini Montenero, dott.ssa Lucia Nardi, dott. Paolo Orsini, dott.ssa Anna Maria Paci. Dott. Giuseppe Pietro Luigi Pirisinu Giovanni, dott. Alessio Puletti, dott. Giorgio Santinelli, prof. Gerardo Santoni, dott. Sabatino Sciutti, dott. Mario Scoppa, dott. Ettore Spigarelli, dott. Orazio Zito.

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 il Codice di Deontologia Medica, l'albo degli iscritti e un vademecum per la professione.



Sappiate che l'Ordine sarà sempre disponibile per ogni dubbio o chiarimento.



RELAZIONE DEL TESORIERE

DOTT. ANDREA DONATI



La presentazione del bilancio di previsione 2024 all'assemblea degli iscritti di domenica 16 dicembre (in calce a questo articolo) ha consentito anche di ragionare sui possibili scenari economici futuri. La prima doverosa premessa è che la situazione patrimoniale dell'Ordine è più che tranquilla. Possiamo contare su un avanzo di amministrazione, che è ciò che rimane in cassa, al netto dei residui (che non sono altro che i debiti ed i crediti che vanta l'Ordine), e che costituisce quindi la reale ricchezza di cui disponiamo, davvero rassicurante, di oltre 650.000 Euro, cosa che ci mette sicuramente al riparo da scossoni ed imprevisti anche consistenti.

Le buone notizie tuttavia finiscono qui.

Le (curiose) leggi che regolano gli enti pubblici, di cui noi facciamo parte, (d.L. 187/2000) vietano di utilizzare tale avanzo di amministrazione per le spese correnti ripetitive (ovvero le spese di tutti i giorni, quali stipendi, gettoni, utenze, consulenze esterne, ecc.), spese che, tolte le cosiddette partite di giro, (che sono soldi che escono, pari pari, esattamente come sono entrati, e quindi spese, di fatto, fittizie), pesano nei nostri bilanci per **almeno il 90%**, e sono dunque spese che, conseguentemente, devono essere finanziate con corrispondenti entrate correnti (ovvero, in definitiva, con le nostre quote).

Che le spese correnti ripetitive lievettino di anno in anno purtroppo è una triste realtà: già il 2022 si era concluso con un passivo di quasi 40.000 Euro (39.850,57 per la precisione) ed il 2023, seppur in maniera meno significativa, si è chiuso con un importante passivo di quasi 25.000 Euro, legato principalmente alle spese relative all'assunzione della nostra nuova impiegata.

Inoltre, ciliegina sulla torta, vi è stato un consistente incremento del costo delle caselle PEC, caselle che noi forniamo gratuitamente agli iscritti, che nel 2023 è salito a 6,10 Euro (portando ad un aggravio di costi per l'Ordine di quasi circa



7.000 Euro) e dovrebbe passare nel 2024 addirittura a 10,25 Euro, per un ulteriore aggravio di quasi altri 20.000!

Tutto ciò ci ha costretto a rivedere leggermente le quote di iscrizione, secondo lo schema più sotto riportato, questo con l'obiettivo, quantomeno, di mitigare l'impatto di tutte queste nuove uscite.

Dall'aumento si è deciso comunque di escludere i nostri colleghi senior, e ciò per una serie di ragioni, non ultimo il fatto che una buona

parte di loro sono ormai fuori del mondo lavorativo e rimangono iscritti per mero spirito di appartenenza e di orgoglio.

Nonostante ciò resta tuttavia il fatto che, malgrado tutto e a quanto ci è dato sapere, rimaniamo verosimilmente, anche con questo incremento, **l'Ordine con la più bassa quota di tutta Italia**, frutto di attenta ed efficace gestione delle passate consiliature, che ci ha permesso da una parte di contenere negli anni gli oneri per gli iscritti, e parimenti di accumulare, risorse che, se non altro, ci consentono oggi una gestione ragionata, consapevole e non emergenziale della situazione.

Di seguito viene riportata la relazione presentata al consiglio direttivo il 20 novembre u.s.

RELAZIONE SU BILANCIO DI PREVISIONE 2024

Cari Colleghi, questa sera viene sottoposto all'esame ed all'eventuale approvazione del Consiglio Direttivo il **Bilancio Preventivo 2024**, secondo quanto previsto dal Regolamento per la Amministrazione e la Contabilità in vigore.

Tale Bilancio è formulato in termini finanziari di competenza (diritti a riscuotere e obblighi a pagare nel periodo di riferimento) e di cassa (entrate e uscite che si verificano effettivamente nel periodo di tempo considerato indipendentemente dal periodo in cui sono maturate).

Il dato fondamentale di partenza del Bilancio di previsione è l'Avanzo di Amministrazione Presunto all'01/01/2024, calcolato tenuto conto del fondo di cassa presunto e dei residui attivi e passivi presunti al 31/12/2023.

Il fondo di cassa presunto si può desumere dalla tabella seguente ove si evidenzia che il fondo cassa finale presunto al 31/12/2023 è di € **811.784,76**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DEL FONDO FINALE DI CASSA AL 31/12/2023

SALDO C/C BANCARIO AL 03/11/2023 € 975.883,52

SALDO CASSA CONTANTI AL 03/11/2023 € 127,12

TOTALE DISPONIBILITÀ AL 03/11/2023 € 976.010,64

+ ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2023 € 34.501,05

(Quote iscrizione a ruolo, ritenute su comp. Cons., Consul e Dip...)

- SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2023 € 198.726,93

(Comp. Consulenze, Comp. Consiglieri, Stip. e 13[^], Onorif. agli iscritti

Imposte e tasse a carico Ordine, Consumi, ...)

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2023 € 811.784,76

01.DUEMILAVENTIQUATTRO | 5 |

Alla luce di quanto sopra si può ipotizzare l'avanzo di amministrazione all'01/01/2024 di **€ 604.805,83**.

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 01/01/2024

FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2023 **€ 811.784,76**

+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2023 € 33.827,80

(Quote iscrizione non ancora incassate, contr. c/FNOMCeO da incassare)

- RESIDUI PASSIVI PRESUNTI AL 31/12/2023 € 240.806,73

(Fondo TFR, Accantonamento TFR, spese correnti varie: pulizia, bollettino

consulenze, consumi, proc. Informatiche...)

AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL 01/01/2024 € 604.805,83

L'Avanzo di Amministrazione presunto per il 2024 è tutto disponibile in quanto il Fondo TFR è compreso nei Residui Passivi.

L'utilizzo dell'Avanzo di Amministrazione presunto per il 2024 è previsto per le Spese in c/Capitale quanto ad € 50.000,00 (Accantonamento TFR € 20.000,00, (Acquisizione macchine, mobili, attrezzature per gli uffici € 20.000,00 e Acquisto e aggiornamento procedure informatiche € 10.000,00) e quanto ad € 20.000 per Spese per le elezioni per il rinnovo degli Organi Istituzionali, Spese non ricorrenti in quanto si sostengono ogni 4 anni.

PARTE DISPONIBILE DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE 2024

Parte di cui si prevede l'utilizzo € 70.000,00

- Spese non ricorrenti € 20.000,00

- Spese in c/capitale € 50.000,00

Parte disponibile di cui non si prevede

l'utilizzo nell'esercizio 2024 € 534.805,83

PARTE DISPONIBILE AVANZO AMMINISTRAZIONE € 604.805,83

BILANCIO DI PREVISIONE 2024 (Competenza)

Come già anticipato nel corso dall'Assemblea degli Iscritti del 18.12.2022, il Consiglio Direttivo ha deciso di aumentare le quote di iscrizione di € 10,00, tranne che per gli ultrasessantacinquenni, per far fronte alle maggiori spese che si verificheranno nel 2024 a causa dell'incremento dei costi di rinnovo delle PEC che l'Ordine rilascia gratuitamente agli Iscritti che passeranno dagli attuali € 6,10 a € 10,25 per ogni PEC rinnovata o attivata nell'anno 2024.

Le ENTRATE CORRENTI di competenza sono incrementate per effetto dell'aumento del numero di iscritti per l'anno 2024, oltre che per l'aumento di € 10,00 per ciascun iscritto, mentre le USCITE CORRENTI di competenza risentono degli aumenti sopra menzionati, nonché dell'aumento dei costi per l'assistenza e manutenzione delle procedure informatiche, delle spese per le Elezioni per il rinnovo degli Organi Istituzionali e del probabile rinnovo del CCNL del personale dipendente. Si segnala, inoltre, un aumento delle previsioni dell'offerta di aggiornamento agli Iscritti.

ENTRATE COMPETENZA

Utilizzo dell'Avanzo di Amministrazione Presunto 2024 € 70.000,00

Entrate CONTRIBUTIVE (Quote iscrizione anno 2024 e contr. c/FNOMCeO) € 675.160,00

Entrate DIVERSE (Certificati, Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit., interessi contr. FNOMCeO e ENPAM) € 68.800,00

Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI € 0

Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI € 0

Entrate per PARTITE GIRO € 112.800,00

(Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., quote c/FNOMCeO...)

TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE € 926.760,00

USCITE COMPETENZA

Spese CORRENTI (Spese Elezioni, ind. Cons., stipendi, cond., € 763.960,00

pulizia, consumi energia elettr, acqua, gas, postali, internet, consulenze,

Pres. Rev. Conti Ref. Trasnsiz. al digitale, ass. e manut, proc. Info, macchine...)

Spese in CONTO CAPITALE (accantonamento TFR, € 502.000,00

acquisto macchine e mobili, acquisto proc. Informatiche)

ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI € 0

Spese per PARTITE DI GIRO (Vers. Inc. rit. comp. Cons., Consul, Dip., € 112.800,00 quote c/FNOMCeO...)

TOTALE GENERALE DELLE SPESE € 926.760,00

Le ENTRATE e le USCITE PER PARTITE DI GIRO sono relative alle imposte sui redditi da lavoro dipendente, assimilato a dipendente e autonomo, contributi previdenziali e assistenziali per lavoro dipendente e assimilato a dipendente e

l'IVA sulle fatture passive che, per effetto dello "Split payment" viene incassata al momento del ricevimento della fattura e pagata direttamente all'Erario, non più al fornitore.

BILANCIO DI PREVISIONE 2024 (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 01/01/2024 € 276.978,93

Entrate CONTRIBUTIVE € 683.239,00

Entrate DIVERSE € 92.800,00

Entrate PER ALIENAZ. BENI PATRIMONIALI € 0

Entrate DERIV. DA ACCEN. PRESTITI E MUTUI € 0

Entrate per PARTITE GIRO € 114.548,80

TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE D 1.167.566,73

USCITE CASSA

Spese CORRENTI € 835.030,49

Spese in CONTO CAPITALE € 214.984,68

ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI € 0

Spese per PARTITE DI GIRO € 117.551,56

TOTALE GENERALE DELLE SPESE D 1.167.566,73

QUOTE ORDINISTICHE A 2024

ORDINARIA € 110

UNDER 30 € 80

OVER 75 € 70

DOPPIO ISCRITTO € 160

DOPPIO ISCRITTO OVER 75 € 100

NEUROETICA E NEURODIRITTI

Dott. Tiziano Scarponi



È di questi giorni la notizia che l'ormai mitico Elon Musk con il suo dispositivo battezzato con il nome di "Telepatia" abbia sancito lo sviluppo della biotecnologia per le interfacce cervello-computer (in inglese, **brain-computer interfaces** o BCI). La start-up Neuralink, da lui finanziata, ha infatti annunciato di aver inserito un chip nel cranio di un soggetto tetraplegico che dovrebbe consentire di poter controllare dispositivi esterni per mezzo della rilevazione dell'attività cerebrale che corrisponde alle intenzioni di muovere parti del corpo. L'obiettivo è veramente ambizioso: basti pensare alle ricadute sulla SLA e tante altre malattie neurologiche, ma è evidente come questo possa anche dar vita ad un progetto che preveda l'istaurarsi di una relazione quasi di simbiosi tra uomo e intelligenza artificiale. Non sono state date delle informazioni circostanziate, ma sembra di capire che questo è il primo di una serie di esperimenti che deve dimostrare che il principale aspetto della interazione cervello-computer è la "larghezza di banda". Questa interfaccia dovrebbe registrare tantissimi dati della corteccia cerebrale motoria e sensitiva e trasferire gli impulsi attraverso degli elettrodi a un dispositivo (Telepatia) impiantato sotto l'orecchio. Da qui il flusso d'informazioni andrebbe al computer e tornerebbero poi come risposta al paziente. Sembra che lo studio durerà sei anni e verranno reclutati altri pazienti tetraplegici che si stanno offrendo come volontari. Un robot effettua l'intervento chirurgico di inserire 64 fili flessibili, del diametro di circa un quarto di un capello umano nell'area cerebrale interessate e, i 1.040 mini elettrodi connessi consentono all'impianto di registrare e inviare segnali cerebrali a un'app che determina il modo in cui il soggetto vuole muoversi. Un capolavoro di bioingegneria robotica senza dubbio è il robot che impianta i microelettrodi attraverso otto fori nel cranio, senza danneggiare tessuti e vasi sanguigni. Ovviamente ci sono da attendere e verificare i risultati che dovranno dimostrare che questa è la giusta strada per arrivare a dei risultati tangibili e non creare illusioni e false speranze nei pazienti e nelle loro famiglie e poi c'è da dover affrontare tutte le problematiche inerenti a "Telepatia" con le ripercussioni etiche e morali che trascendono i problemi scientifici: la "lettura del pensiero" è dietro l'angolo.

Scrive Marcello Lenca che insieme a Roberto Adorno ha coniato il termine neurodiritti: "Le sfide etiche poste dalle interfacce cervello-computer (o BCI) e da altre neurotecnologie ci spingono ad affrontare una questione sociale fondamentale: determinare se, o a quali condizioni, è legittimo avere accesso o interferire con l'attività neurale di un'altra persona o della propria. Questa domanda deve essere posta a **vari livelli di giurisdizione, compresa l'etica della ricerca scientifica, la governance tecnologica, l'innovazione responsabile e la protezione dei dati personali**. Ma soprattutto, dato che l'attività neurale è largamente considerata come il substrato fondamentale della mente umana, ho proposto di affrontare questa domanda anche a livello dei diritti umani fondamentali. Il cervello, infatti, non è un organo come un altro ma il centro di coordinamento delle funzioni vitali dell'organismo e il presupposto neurobiologico della mente e delle facoltà ad essa afferenti come la coscienza, la memoria, la percezione e il linguaggio, ovvero tutto ciò che ci costituisce come esseri senzienti dotati di una propria identità, dunque definibili come **persone**".

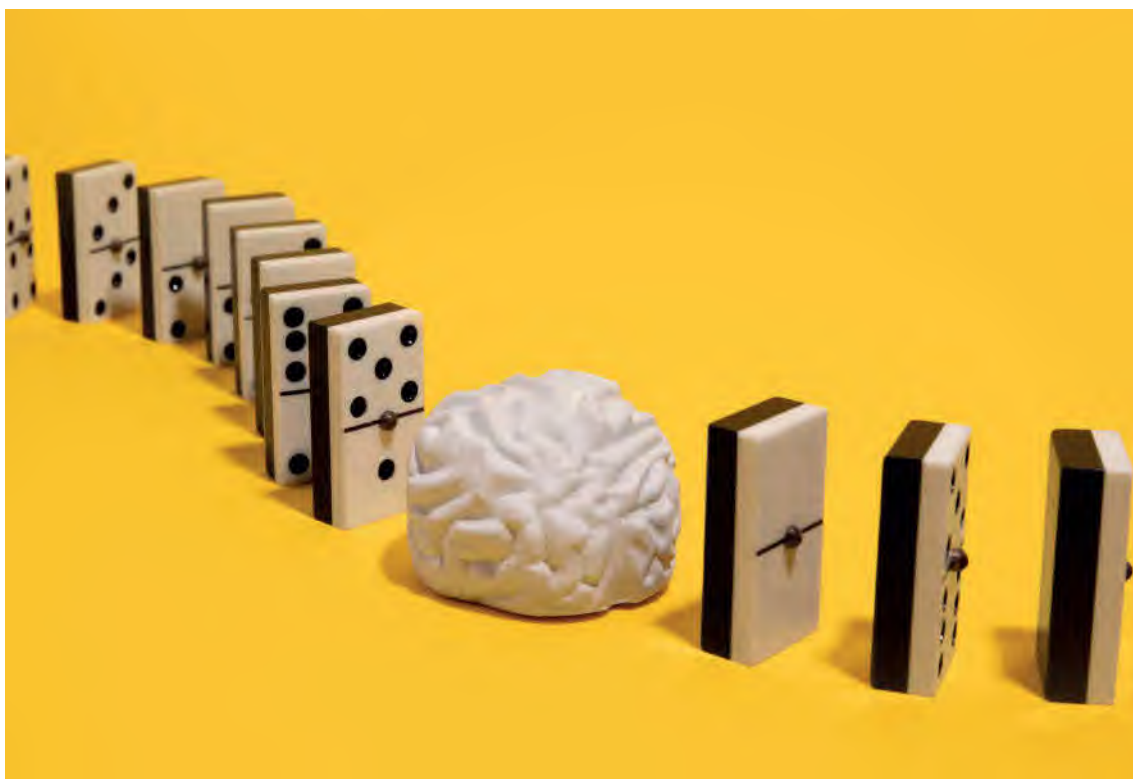
Gli stessi studiosi hanno teorizzato quattro categorie di neurodiritti: il diritto alla libertà cognitiva, il diritto alla privacy mentale, il diritto all'integrità mentale e il diritto alla continuità psicologica.

Il **diritto alla privacy mentale** dovrebbe permettere di garantire la sicurezza di preservare le informazioni neurali da accessi e controlli non voluti; **il diritto alla continuità psicologica** per garantire l'identità delle persone e la continuità della loro vita mentale da alterazioni esterne non volute da terzi; il diritto all'integrità mentale andrebbe inteso quale diritto utile a proteggere dalle manipolazioni illecite e dannose dell'attività mentale quale ripercussione di un uso improprio delle neuro tecnologie, riconoscendo quindi una cosiddetta **integrità digitale**, infine, il **diritto alla libertà cognitiva** serve a proteggere la libertà degli individui di prendere decisioni in modo libero e informato sull'uso delle BCI.

La materia è in continua evoluzione e dovrebbe svilupparsi in parallelo con lo sviluppo scientifico: quanto più la biotecnologia evolve anche la neuroetica dovrebbe muoversi in modo pro attivo e non aspettare che si verifichi l'evento increscioso per dover prendere in seguito dei provvedimenti. Pensiamo alla possibilità di potenziare positivamente le attività cerebrali di un giovane, ma anche di renderlo conforme ad un pattern determinato chissà da chi. Qualche stato già si è mosso, la Repubblica del **Cile** ha approvato una legge di riforma costituzionale che definisce l'**integrità mentale come un diritto umano fondamentale**, e una legge sulla "neuroprotezione" che protegge i neurodiritti e applica l'etica medica esistente, codificata dall'attuale codice medico cileno, all'uso delle neurotecnologie per l'intera popolazione. Anche il Presidente dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Pasquale Stanzone intervenendo alla conferenza "Neuroethics in a Time of Global Crises" organizzato dalla Società italiana di Neuroetica nel maggio 2022 ha affermato: "Tra i compiti della protezione dati c'è anche quello di promuovere un'innovazione sostenibile e non democraticamente regressiva. La rivoluzione digitale rappresenta infatti un passaggio epocale, in cui l'applicazione dell'intelligenza artificiale apre scenari

inesplorati in ambito neuroscientifico. Se l'uso terapeutico delle neurotecnologie per la cura di malattie neurodegenerative è da promuovere, a tutela del diritto fondamentale alla salute, più problematico, è il ricorso a tali tecniche per realizzare un potenziamento cognitivo, al di fuori dell'ambito clinico. Si pensi infatti a progetti per l'installazione di chip nel cervello che permettono di potenziare le capacità cognitive, di "salvare" i ricordi e "scaricarli su un altro corpo o robot, o il programma d'interfacce cervello-computer, elaborato da un social network, per condividere contenuti on-line direttamente con il pensiero. Ma non tutto ciò che è tecnicamente possibile è anche giuridicamente lecito ed eticamente ammissibile" ha affermato Stanzione, ricordando le parole di Stefano Rodotà nella prima Relazione annuale dell'Autorità. "Nessun esercizio di diritto o libertà potrebbe dirsi tale, se realizzato per effetto del condizionamento, magari indiretto o parziale, delle neurotecnologie sul processo cognitivo".

Per questo, il Presidente del Garante della Privacy ha auspicato che attorno ai neurodiritti venga definito uno statuto giuridico ed etico, in base al quale coniugare l'innovazione con la dignità della persona. In caso contrario, c'è il rischio che tecniche preziose per la cura divengano strumento per fare dell'uomo una non-persona, un individuo da addestrare o classificare, normalizzare o escludere. Che commento possiamo fare? Staremo a vedere! Intanto chiedo scusa per l'uso continuo di parole inglesi, ma purtroppo oramai questo idioma è diventato il linguaggio universale dell'informatica in tutte le sue accezioni.



RISCOSSIONE QUOTE

DOTT. ANDREA DONATI



L'Ordine dei Medici è un Ente "pubblico", organo Sussidiario dello Stato.

Pubblico è una parola chiave, in quanto esso non nasce a tutela degli interessi degli iscritti (come molte associazioni private, portatrici di interessi degli associati) ma della collettività, tant'è che lo Stato stesso gli affida (sussidia) compiti propri, quali, tra tanti, la salvaguardia della Salute della cittadinanza, bene supremo tutelato anche in Costituzione. A differenza della maggior parte degli enti pubblici, tuttavia, lo Stato non contribuisce economicamente al suo sostentamento (anzi), per cui la vita e le funzioni dell'Ordine dipendono in via praticamente esclusiva dal versamento delle quote dei propri iscritti.

Essere iscritto all'Ordine dei Medici non è un vezzo o un capriccio; nato in passato come organo di controllo della sanità privata, oggi ha assunto il compito di garante della Salute in ogni ambito, tanto che è oggi essere iscritti ad esso è requisito indispensabile per svolgere la professione medica ed odontoiatrica in qualunque forma e contesto. Come si diceva l'Ordine sopravvive ed opera solo se i propri iscritti versano le quote di iscrizione.

In un passato remoto, complici altri enti pubblici, incaricati di riscuoterle, non proprio "efficientissimi" e di meccanismi riscossivi farraginosi, molte di esse si perdevano. Da oltre un decennio tuttavia, grazie soprattutto all'egregia ed efficace opera di chi mi ha preceduto in questo ruolo, le morosità sono di fatto azzerate, tuttavia a fronte di un lavoro di ufficio non indifferente.

Infatti, a tutt'oggi, dopo il primo invio del bollettino di pagamento e due solleciti bonari (che già costituiscono un lavoro non trascurabile per i nostri impiegati), circa il 10% delle quote risultano ancora non pagate, e, con altro lavoro per la segreteria, dopo ulteriori tre convocazioni ufficiali (prodromiche alla cancellazione per morosità) circa un 1-2% restano ancora inevase. In termini assoluti sono circa 70-100 colleghi che non hanno corrisposto la quota e andrebbero cancellati.

Comprendendo le difficoltà a cui andrebbero incontro i medici cancellati, si continua a cercare di reperirli e contattarli, a fine di comprendere i motivi per cui non hanno pagato (in genere per mera trascuratezza e disattenzione (!)), tant'è che alla fine

rimangono poche quote inevase, in genere di sanitari in pensione che non hanno più interesse a mantenere l'iscrizione.

Sappiamo per triste esperienza che se non paghiamo con sollecitudine qualcosa che fa capo ad un ente pubblico (o parificato), sia essa una multa o una tassa, chi non paga è subito sanzionato; oltre alle spese di notifica, si accumulano interessi su interessi, tanto che non di rado il "surplus" supera l'entità della cifra contestata. Noi abbiamo sempre cercato di evitare questa ulteriore incombenza, essendo noi tutti, colleghi, confidando nella collaborazione degli iscritti (devo dire eccellente per la maggior parte) e sopportando le mancanze di quella minoranza distratta che non comprende che la iscrizione va pagata, a prescindere, tutti gli anni.

Questa situazione tuttavia non è più sostenibile. Il tempo che i nostri impiegati dedicano al problema è ormai diventato troppo prezioso; i compiti dell'Ordine lievitano di anno in anno e non è più possibile chiudere un occhio.

Già l'anno che è passato ci ha costretto ad inserire alcune spese di segreteria, modeste in termini assoluti, per i colleghi che, nonostante i solleciti, continuavano a non pagare. Quest'anno la cosa sarà formalmente istituzionalizzata, con una griglia di spese crescenti, a mitigare gli oneri che l'ordine sopporta in termini di tempo perso.

Le date sono indicative ma dovrebbero rispettare la cadenza che ci siamo dati

Fine gennaio	invio bollettini PagoPa con la quota base
28 febbraio	scadenza termine di pagamento quota base
Inizio aprile	invio primo sollecito bonario
Inizio maggio	invio secondo sollecito bonario
31 maggio	scadenza PagoPa ed emissione di nuovo PagoPa con maggiorazione di 10 Euro
Inizio giugno.....	invio prima convocazione ufficiale
Inizio luglio	prima convocazione morosi presso l'OMCeO
Metà luglio.....	scadenza PagoPa+10. Emissione nuovo PagoPa con maggiorazione di 15 euro
	Invio seconda convocazione
Inizio agosto	seconda convocazione morosi presso l'OMCeO
Metà agosto	scadenza PagoPa+15. Emissione nuovo PagoPa con maggiorazione di 20 euro
	Invio terza e ultima convocazione
metà settembre.....	terza convocazione
Inizio ottobre.....	cancellazione per morosità.

Come si intuisce dallo schema di cui sopra, si è scelto ancora un approccio tollerante e morbido, auspicandoci che il collega negligente comprenderà e riuscirà, anche con questa sollecitazione, tutto sommato blanda, a mettersi in regola nei tempi stabiliti. Il futuro ci dirà.

IL PREZZO E IL COSTO DELLA SALUTE DIRITTI E DOVERI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Franco Cosmi
Già Direttore Cardiologia
Ospedale Cortona (Arezzo)



Riceviamo e pubblichiamo con piacere questo Articolo a firma del Collega Franco Cosmi il cui contenuto rappresenta il risultato della sua esperienza pluriennale come Medico dipendente del S.S.N. in qualità di Specialista Cardiologo prima e Direttore Sanitario Ospedaliero poi. L'articolo a tratti può sembrare dettato da un indole di tipo politico/sindacale dell'Autore, ma niente di tutto questo, semplicemente, con onestà intellettuale, viene fatta una analisi precisa ed approfondita della realtà Sanitaria che ci circonda con la sua complessità senza cadere mai nell'ipocrisia o nelle mezze verità di comodo.

Dr. M.Sorbo
Responsabile Editoriale Bollettino

Le polemiche per le criticità dei Pronto Soccorso con la presunta responsabilità della mancanza di filtro della medicina generale e la mancata appropriatezza dei codici minori sono la foglia di fico di un problema che ha ben altre radici, così come la contrapposizione e le responsabilità rimpallate tra territorio ed ospedale. Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale abbiamo stabilito che la salute non ha prezzo. Abbiamo sostituito il prezzo con una astratta appropriatezza. Abbiamo caricato l'appropriatezza sulle spalle del medico con la medicina amministrata e meccanismi burocratici che nulla hanno a che fare con clinica ed empatia. Abbiamo fatto del medico più un cancelliere e un ragioniere che un consigliere del malato. Abbiamo detto al paziente che lui è portatore di diritti ed è al centro del sistema. Abbiamo inventato lo slogan "Nessuna decisione su di me senza di me". Il risultato non può che essere quello che vediamo tutti i giorni. Malati confusi in cerca di prestazioni e non di relazioni, molto lontani sia dalla centralità sia dalla dignità dichiarata. Parenti saccenti che vanno dal medico per dirgli cosa fare e non per essere consigliati. Medici confusi in cerca di giustificazioni più che soluzioni. Specialisti alla ricerca del pelo nell'uovo senza alcuna convenienza clinica per il malato. Amministratori confusi convinti che la colpa sia dei cittadini e degli

operatori sanitari che non seguono le loro appropriate regole. Tutti smaniosi di affidarsi finalmente alla intelligenza artificiale per placare dubbi ed ansie.

In questa confusione tutti hanno una loro ricetta spesso dimenticando che, se la salute non ha prezzo, ha comunque un costo. Chi paga? Anche se il Servizio Sanitario Nazionale è universale e deve essere pagato da tutti, è stato deciso, di fatto, che a pagare siano i soliti noti: gli sprovveduti che pagano o sono costretti a pagare le tasse. Gli altri, evasori e corrotti, ne usufruiscono gratis e spesso sono più pretenziosi degli altri. I furbi costringono a scelte politiche non solo di sottofinanziamento ma di dirottamento delle risorse verso attività non propriamente strategiche, evocando una astratta razionalizzazione. Gli italiani non credono nello Stato. Anzi, hanno una atavica ammirazione per i furbetti del fisco. Chi non paga le tasse non è considerato un disonesto ma uno che ha capito come si vive. Quasi venti milioni non fanno la denuncia dei redditi. Il 48 % non versa neppure un euro. Quasi il 90% dell'Irpef è pagato da lavoratori dipendenti e pensionati. Dal 2024 la no tax area salirà a 13 mila euro. Sarà un aiuto per i veri poveri ma un paradiso fiscale per i finti poveri. Viene tartassato chi guadagna 50 mila euro lordi (poco più di duemila euro netti), con una tassa del 43% più le varie addizionali comunali e regionali, mentre i ricchi portano all'estero la sede delle aziende e la loro residenza fiscale. Solo 35 mila persone dichiarano più di 300.000 euro all'anno. Quindi il primo vero pilastro di un Servizio Sanitario Nazionale efficiente è quello che ognuno faccia con equità il proprio dovere fiscale per accedere al diritto alla salute. "Tutto il resto è noia" direbbe Califano.

Il secondo pilastro per rendere sostenibile il sistema, riducendo i costi, è la prevenzione. Il 50% delle malattie è determinato dagli stili di vita incongrui. Se il diritto alla salute non si accompagna al dovere di tutelarla non si fa né l'interesse dell'individuo né quello della collettività. Il diritto non accompagnato dal dovere costringe altri a doveri senza diritti. Finché i furbi sono pochi si può anche fare, quando sono molti diventa difficile se non impossibile. Chi si lamenta deve chiedersi cosa fa lui per gli altri. Lamentarsi e fumare, lamentarsi e mangiare e bere male, lamentarsi ed essere sedentari, lamentarsi ed avere comportamenti rischiosi, lamentarsi e non vaccinarsi, costringe gli altri a pagare non solo per la malattia ma anche per l'assistenza e l'invalidità. La malattia non è un peccato ma accanirsi a perderla non è una virtù. Anche la solidarietà ha i suoi limiti.

Il terzo pilastro è la decisione senza ipocrisia di cosa affidare allo Stato e cosa lasciare al Mercato. Se vogliamo dare tutto a tutti non potremo più dare niente a nessuno. Bisogna affidarsi al metodo scientifico. L'intervento sanitario per essere uno strumento di salute e non un bene di consumo ha bisogno di qualità, sicurezza ed efficacia ma anche di valore terapeutico aggiunto. Una cura per essere realmente migliore di un'altra ha bisogno di essere comparata con una cura già di dimostrata efficacia rispetto al placebo e il placebo per essere tale deve essere comparato con il lasciare la malattia al suo decorso naturale. Sfruttamento scientifico e fraintendimento terapeutico fanno bene al mercato ma sono dei cancri che



favoriscono alcuni minando alle basi il Servizio Sanitario. L'evidenza deve essere la pietra miliare di una sanità sostenibile, pretesa dallo Stato. Lasciamo al mercato il superfluo dominato da ansia, paura, compassione, arroganza, ignoranza e fantasia di una medicina populistica ed eroica dove non esistono cittadini sani ma solo malati che ancora non sanno di esserlo, in un contesto di propaganda e autoreferenzialità che fa confusione tra causalità, probabilità e casualità. L'inappropriatezza non è un male, anzi è un bene per lo stimolo all'economia, se a pagarla è il cittadino di tasca propria, per placare le sue ansie e credenze. In fondo l'illusione è falsa ma il bisogno di illudersi vero.

Mi rendo conto che anche questa ricetta è di difficile applicazione nel groviglio inestricabile degli interessi più diversi dove ognuno razionalizza a modo suo nella direzione che gli pare più giusta o più conveniente. Chi la boccia dovrebbe però dire chi deve pagare e a quale prezzo, se possono esserci diritti senza doveri, con quale metodo valutare l'efficacia di una organizzazione e di una terapia. L'alternativa è la rassegnazione in una nazione dove tutto è dovuto e dove ognuno si chiede cosa possono fare gli altri per lui e non cosa lui può fare per gli altri.

IL NORDIC WALKING NELLA LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ

Autori: Franca Bocci*, Rachele Brugnano**

*Medico anestesista, Istruttrice di Nordic Walking presso l'ASD l'Equipe del benessere di Perugia

**Medico Nefrologo -gruppo di lavoro sull'esercizio fisico della Società Italiana di Nefrologia



Sollecitati dall'articolo scritto da Tiziano Scarponi sul Bollettino Ordine dei Medici 02/2023 pg 3, abbiamo sentito l'esigenza di condividere alcune frequenti domande (e relative risposte) che ci sentiamo rivolgere dagli assistiti, dai familiari, dai colleghi circa il ruolo dell'**attività fisica** nel mantenimento dello stato di salute. Innanzitutto la definizione di "attività fisica" secondo la World Health Organization in condivisione con il Ministero della Salute è "*qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo*". I comportamenti sedentari (es. stare seduti alla scrivania, guardare la televisione, stare in poltrona ecc) sono caratterizzati da un dispendio energetico inferiore a 1,5 volte quello del riposo e sono dannosi indipendentemente dai livelli di attività fisica svolti nel solo tempo libero. Per "**esercizio fisico**" si intende, invece, una forma pianificata, ripetitiva di attività fisica volta a migliorare o mantenere una buona forma fisica. Fare promozione dell'attività fisica è apparentemente facile ma in realtà complesso per la interazione con tanti altri settori, oltre quello sanitario, quali quello sportivo, scolastico, economico; la finalità della incentivazione alla attività fisica è, anche, il superamento delle diseguaglianze fisiche legate alle disabilità, le malattie croniche, la povertà.

Perché fare attività fisica? Quali evidenze scientifiche?

Diversi studi hanno provato che l'attività fisica regolare è un fattore protettivo nella prevenzione e trattamento delle malattie non trasmissibili in particolare cardiovascolari, di alcune forme di tumore come quello al seno, al colon, alla prostata, migliora il benessere generale, i disturbi comportamentali e psicologici, riduce il rischio di depressione e di progressione della demenza nonché correla con la riduzione del rischio di mortalità precoce per qualsiasi causa. Inoltre l'attività fisica migliora la funzione digestiva e facilita la prevenzione della osteoporosi. Nella infanzia e adolescenza, l'attività fisica facilita lo sviluppo oste-muscolare, riduce il rischio di obesità, migliora il livello di autostima e l'aggregazione sociale.

Dal documento del Ministero della salute: *Nel tradurre a livello di popolazione le evidenze sulla relazione dose-risposta tra attività fisica e benefici per la salute, è opportuno considerare come essa non sia lineare, per cui una sensibile riduzione del rischio si verifica già per modesti incrementi del livello di attività fisica, quindi al disotto della soglia raccomandata per la popolazione adulta. In aggiunta, è stato evidenziato come il rischio di morte per tutte le cause possa essere efficacemente ridotto negli individui inattivi attraverso l'adozione di attività fisica praticata già ad intensità bassa o moderata. La sedentarietà è un concetto distinto da quello della inattività. È possibile, infatti, che individui fisicamente attivi, ossia che raggiungono la quantità minima raccomandata di attività fisica, possano essere al tempo stesso sedentari, perché, ad esempio, dopo una sessione mattutina di esercizio, trascorrono seduti buona parte del rimanente tempo giornaliero (es. vanno e tornano dal lavoro in auto e rimangono seduti alla scrivania per l'intera giornata lavorativa). Gli effetti deleteri delle ore passate in condizioni di sedentarietà sono indipendenti dal livello di attività fisica nel tempo libero e sono riscontrabili anche negli individui che raggiungono la quantità di attività fisica suggerita. La condizione più rischiosa è quella degli individui inattivi e sedentari.*

Quali raccomandazioni ? Lo stesso esercizio per tutti?

L'attività fisica e l'esercizio fisico dovrebbero essere personalizzati per ogni soggetto alla luce dello stato fisico, delle comorbidità, della disponibilità di spazi e tempo; l'obiettivo comune è quello di assicurare un esercizio fisico adeguato, sicuro e fattibile per ognuno. Prima di prescrivere qualsiasi forma di esercizio, è essenziale stabilire la *funzione fisica* del soggetto, sulla base della capacità di svolgimento delle normali attività giornaliere; la *idoneità fisica* ad attività di esercizio, è necessaria, invece, per stabilire la capacità di attività fisica sulla base della valutazione cardiorespiratoria, forza e resistenza muscolare. Per ogni soggetto, dovrebbe essere valutato il livello di attività fisica, identificate le barriere fisiche e psicologiche, pianificata una attività con il superamento delle barriere.

Perché scegliere il Nordic ?

Il Nordic Walking è un esercizio fisico praticato durante il cammino che coinvolge gli arti superiori attraverso il lavoro ottenuto applicando una forza contro il terreno per mezzo di una coppia di bastoncini che non vengono usati con funzione di appoggio ma di spinta: le braccia sono quindi utilizzate attivamente nel movimento. Si pratica all'aria aperta, è un allenamento dolce che sviluppa resistenza, migliora le capacità polmonari, riattiva muscoli poco utilizzati, fa lavorare l'apparato cardiocircolatorio in modo completo e senza affaticamento.

Sia gli arti inferiori che superiori vengono coinvolti simmetricamente e si ha anche l'interessamento della parte centrale del corpo, il "core", che rimane sempre attiva, il tono muscolare è stimolato armonicamente e se la tecnica viene eseguita correttamente viene allenato circa il 90% dei muscoli.

Il Nordic Walking, quindi, apporta benefici a tutto il corpo.

È un tipo di camminata adatta a tutti che sollecita la coordinazione, la resistenza, la forza, la mobilità e permette di lavorare sul proprio schema corporeo.

La giusta tecnica si basa sull'alternanza braccia-gambe e quindi contemporaneamente ai muscoli degli arti inferiori vengono coinvolti i dorsali, il bicipite e tricipite brachiale, il deltoide, gli addominali ed i lombari. Si consente, quindi, di rafforzare braccia, spalle e muscolatura cervicale, di migliorare la postura della schiena, di tonificare i glutei e gli addominali.

Si alleggerisce il carico sull'apparato motorio durante il movimento salvaguardando le articolazioni di caviglie, ginocchia ed anche, aiutando a migliorare la mobilizzazione della colonna vertebrale, la flessibilità e la mobilità delle articolazioni.

Con il Nordic Walking si allenano tutti i muscoli più importanti in modo analogo allo sci di fondo e si può ottenere un consumo energetico fino al 40-50% superiore alla camminata normale.

Accanto ai benefici sull'apparato osteo-articolare e muscolare occorre sottolineare la rieducazione funzionale e posturale. Durante il cammino la rullata del piede e l'apertura e chiusura della mano determinano un aumentato ritorno

venoso al cuore con potenziamento della funzione di pompa, migliora quindi l'attività cardiocircolatoria con

incremento del consumo di ossigeno. Oltre agli effetti

positivi sul controllo pressorio vi sono importanti effetti

metabolici che riguardano sia il metabolismo dei

grassi (vengono bruciati più rapidamente contribuendo

a mantenere il giusto peso corporeo) che degli zuccheri.

Inoltre non dimentichiamo che più ossigeno al cervello

significa migliorare la capacità di concentrazione, la freschezza

mentale e la prontezza dei riflessi.

L'attività fisica rinforza anche il sistema immunitario e stimola l'eliminazione degli ormoni

dello stress, il nostro corpo libera endorfine e serotonina capaci di contrastare l'ansia e la depressione.

Con il Nordic Walking è garantito il contatto con la natura: si cammina all'aria aperta durante tutto l'anno, inoltre si cammina insieme ad altre persone e quindi viene favorita la socializzazione.



Bibliografia

- 1) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour ISBN 978-92-4-001512-8 (electronic version). ISBN 978-92-4-001513-5 (print edition)
- 2) Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie 2021, 12 novembre
- 3) Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219–29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
- 4) Patterson R, McNamara E, Tainio M, He ´ rick de Sa ´ T, Smith AD, Sharp SJ, Edwards P, Woodcock J, Brage S, Wijndaele K. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology* (2018) 33:811–829 <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>
- 5) Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2016;61(9):540-560. doi:10.1177/0706743716659417
- 6) Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonized meta-analysis of data from 850060 participants. *Br J Sports Med*. 2019;53:886–94. doi: 10.1136/bjsports-2017-098963. Epub 2018 Jul 10. PMID: 29991570.
- 7) Bullo V, Gobbo S, Vendramin B, Duregon F, Cugusi L, Di Blasio A, Bocalini DS, Zaccaria M, Bergamin M, Ermolao A. Nordic Walking can be incorporated in the exercise prescription to increase aerobic capacity, strength and quality of life for elderly: a systematic review and meta-analysis *Rejuvenation Res*. 2018 Apr;21(2):141-161. doi: 10.1089/rej.2017.1921. Epub 2017 Nov 20. PMID: 28756746
- 8) Cugusi L, Manca A, Yeo TY, Bassareo PP, Mercurio G, Kaski JC. Nordic walking for individuals with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *European Journal of Preventive Cardiology*, Volume 24, Issue 18, 1 December 2017, Pages 1938–1955, <https://doi.org/10.1177/2047487317738592>

INTERVENTO DI S.E. CARD. GUALTIERO BASSETTI 2 DICEMBRE 2023

1) Curare la malattia o il malato? Un interrogativo che nasce dalla crisi antropologica

Nel film basato sulla storia della vita del dott. Hunter "Patch" Adams e sul libro *"Salute! Curare la sofferenza con l'allegria e con l'amore"*, il celebre Robin William nei panni del dott. Patch ebbe a dire: *"Se si cura una malattia, si vince o si perde, ma se si cura una persona, vi garantisco che si vince, si vince sempre, qualunque sia l'esito della malattia"*.

Carissimi, in questa frase leggiamo una verità, che sembrerebbe scontata: al centro della cura deve esserci la persona e non la sua malattia. Ma questa verità fatica oggi ad essere accolta nel sistema sanitario e da parte degli stessi curanti, a causa principalmente di una questione antropologica.

Solo se saremo capaci di comprendere il valore della dignità di ogni persona e il valore della vita potremo anche comprendere in cosa consista l'arte del curare.

Nell'*Evangelium Vitae*¹ Giovanni Paolo II ci ricorda che "Difendere e promuovere, venerare e amare la vita è un compito che Dio affida a ogni uomo, chiamandolo come sua palpitante immagine". Prendersi cura della persona malata, prima di tutto, richiede un riconoscimento del sofferente.

È vivendo in ciascun uomo e in ciascuna donna, che Gesù Cristo stesso può dire: se voi non mi amate, non mi riconoscete nei più piccoli.

L'apostolo Paolo nella lettera ai Galati (4,13-14) confessa che, nonostante la sua debolezza nel fisico, *"asthénia"*, fu accolto con grande affetto. Lo stato di debolezza di Paolo divenne una forma di testimonianza e un sostegno all'annuncio evangelico: *"Sapete che durante una malattia del corpo vi annunciai il Vangelo la prima volta; quella che, nella mia carne, era per voi una prova, non l'avete disprezzata né respinta, ma mi avete accolto come un angelo di Dio, come Cristo Gesù"*.

¹ Evangelium Vitae, 42.



Esemplare in tal senso è quanto Paolo afferma nella prima lettera ai Corinzi (1, 27): *“Dio ha scelto ciò che è debolezza del mondo per confondere i forti”*. E’ nei più fragili che Dio ha scelto di manifestarsi ².

Accanto al malato abbiamo ogni giorno il privilegio di riconoscere Gesù.

Prendersi cura della persona nella sua interezza significa anche testimoniare con l’eloquenza dei fatti la dignità della persona avendo chiaro che ogni persona, anche se ferita nel corpo, nella mente o nelle sue capacità sensoriali e intellettive, è un soggetto pienamente umano, con i diritti sacri e inalienabili propri di ogni creatura umana. L’essere umano, indipendentemente dalle condizioni in cui si svolge la sua vita e dalle capacità che può esprimere, possiede una dignità unica ed un valore singolare a partire dall’inizio della sua esistenza sino al momento della morte naturale.

La dignità piena, inalienabile e non graduabile di ogni essere umano, ossia il valore che ogni uomo possiede per il semplice fatto di essere uomo e di esistere, è ciò che lo qualifica persona, individuo unico e irripetibile ³.

Ogni persona, dunque, ha una dignità incondizionata che non va “data” ma “riconosciuta”.

Scrive Giovanni Paolo II nell’*Evangelium Vitae* che *“all’uomo è donata un’altissima dignità che ha le sue radici nell’intimo legame al suo creatore: nell’uomo risplende un riflesso della stessa realtà di Dio”*⁴.

Riconoscere la persona e la sua dignità ci conduce ad una considerazione fondamentale: la cura deve riscoprire la dimensione ontologica della relazione. Nel libro sul prendersi cura, Marie de Hennezel, psicologa e palliativista francese, scrive:

*“Le nostre facoltà di medicina sfornano eccellenti scienziati, ma in esse è quasi inesistente la formazione alla relazione umana. Sebbene i futuri medici siano per lo più destinati a confrontarsi con l’angoscia, la sofferenza umana, la paura di morire dei loro pazienti, essi non ricevono nessuna preparazione psicologica o etica. (...) L’uomo, la natura umana vanno insegnati in modo globale”*⁵.

2) La negazione del primato dell’uomo sulla malattia: la congiuntura della crisi antropologica con la crisi economica.

Il mondo della sanità non è esente da logiche di profitto e teorie neoliberiste che, in tempi di crisi sociale di natura antropologica, possono aggravare la cultura dello scarto con dolorose conseguenze. Negli ultimi tempi, a livello culturale,

2 G. Ravasi, *Che cos’è l’uomo*, Ed. paoline, 2012, Milano, 55 e ss..

3 Scrive Kant nella *Fondazione della metafisica dei costumi*: “l’uomo possiede una dignità (un valore interiore assoluto) per mezzo del quale costringe al rispetto di se stesso tutte le altre creature ragionevoli del mondo ed è questa dignità che gli permette di misurarsi con ognuna di loro e di stimarsi loro uguale” - *Dottrina delle virtù* 22 (A 93).

4 *Evangelium Vitae*, n. 34

5 M. de Hennezel, *Prendersi cura degli altri*. Torino, 2008, p.153.

abbiamo lasciato che la logica dell'economia finalizzata al profitto governasse anche i luoghi di cura e al centro del nostro sistema sanitario è stata sempre di più accentuata l'attenzione sulla malattia piuttosto che sul malato. Questa tendenza è stata alimentata soprattutto dalla necessità di razionalizzare le insufficienti risorse economiche destinate alle cure. Nell'epoca delle perduranti crisi economiche, si guarda all'accesso ai servizi socio- sanitari come "investimenti" da valutare in base agli esiti di salute che possono generare. Il ritorno di questi particolari investimenti non viene quasi più valutato in base al loro impatto sociale, ma in termini di speranza di vita e possibilità di guarigione. La crescente difficoltà a giustificare investimenti non totalmente compensati da benefici (la guarigione dalla malattia), sminuisce l'importanza del prendersi cura dei soggetti più vulnerabili della società. Ma in questa impostazione c'è un errore di fondo: **l'inguaribile non è mai incurabile e alla medicina si può sempre chiedere di avere cura di tutti e di guarire quando può.**

Capiamo questa deriva culturale anche dall'evoluzione dei termini che usiamo nel campo della sanità. L'ospedale, il cui significato etimologico va ricercato nella parola "*hospitale*", che indica l'ospitalità e l'accoglienza, è diventato oggi "azienda ospedaliera". I due termini hanno significati profondamente diversi. La vocazione del curare e la cultura del produrre non hanno la stessa natura perché attingono a dimensioni diverse del fare e dell'essere. È chiaro, quindi, che il concetto di produttività ha ben poco da spartire con quello della fraternità, dell'accoglienza e della dignità. L'ospedale è diventato sempre di più "*l'officina*" dove si riparano i pezzi della "*macchina*" non funzionante, dove si cura la malattia, con il rischio che quando l'intervento sanitario non può avere esiti di guarigione, anche parziale, l'inguaribile diventa anche incurabile e le cure cessano.

È quanto accaduto da poco in Gran Bretagna alla piccola Indi. Ed è quanto accadrà ancora in modo diffuso se non torneremo ad interrogarci sul valore della vita umana. Non lasciamo che la cultura dello scarto mieta nuove vittime tra i più fragili: anziani, disabili gravi, malati cronici!

Viene spontaneo chiedersi se nell'ambito della salute e della sanità stiamo procedendo con una qualche visione al di fuori di quella del contenimento della spesa. Ci domandiamo quali sono gli scopi della medicina? Quali sono le nuove priorità? Quale idea abbiamo sulla società e sulla persona?

In sanità è arrivato il momento di comprendere che se è vero che non si può curare senza studiare e conoscere la malattia, non si può neanche curare senza ascoltare e conoscere il malato, senza cioè avere la capacità di declinare l'assoluto della scienza medica con il particolare e lo specifico della singola persona malata.

3) La via maestra della cura. L'esempio di Gesù, medico per eccellenza: vicinanza, compassione, tenerezza.

Proviamo a seguire l'esempio di Gesù, medico per eccellenza. Nella parabola del buon samaritano, (cfr Lc 25-37), Gesù ci insegna che l'atto di cura non è mai solo un atto tecnico, ma è innanzi tutto un atto umano. Un Samaritano,

passando accanto al malcapitato ferito vide e ne ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi lo caricò sulla sua cavalcatura, lo portò in un albergo e si prese cura di lui.

Il primo atto di cura in questa scena è rappresentato dal “vedere”. Attraverso gli occhi è possibile leggere chi abbiamo di fronte, perché il suo volto ci svela le sue speranze e le sue paure. Poi c'è il nostro sguardo sull'altro che anticipa le nostre parole e che può offrire coraggio e speranza. Attraverso gli occhi del cuore siamo poi chiamati a riconoscere l'altro e a provare compassione.

La compassione è il fondamento dell'atto di cura. Etimologicamente la parola deriva da *cum patior* che non significa avere pietà, anche se nei secoli il termine compassione ha acquisito anche questo significato, ma inizialmente significava: sentire nelle viscere, sentire nel cuore.

La compassione rappresenta l'atteggiamento di Gesù quando si accosta alla sofferenza con il cuore attanagliato da questa tenerezza compassionevole e “viscerale”. Così gli accade quando s'imbatte nel funerale del ragazzo del villaggio galilaico di Nain, figlio unico di una vedova (Luca 7,13), o quando vede davanti a sé la folla affamata che lo ha seguito e ascoltato (Marco 6,34). Anzi, in quel caso esplicitamente confessa: *“Provo misericordia” (splanchnízomai) per questa folla che mi segue da tre giorni senza mangiare*” (Marco 8,3). La stessa esperienza si ripete davanti ai due ciechi di Gerico (Matteo 20,34), oppure con un lebbroso (Marco 1,41).

All'udienza ai membri dell'Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani (A00I) e della Federazione Italiana Medici Pediatrici (FIMP), papa Francesco ha invitato tutti gli operatori sanitari ad accostarsi alla persona malata con l'atteggiamento del buon samaritano (cfr Lc 25-37), che non si volta dall'altra parte, ma si china sull'uomo ferito e lenisce la sua sofferenza, senza farsi domande, senza lasciarsi chiudere il cuore e la mente da pregiudizi, senza pensare al suo tornaconto. Il Santo Padre ha invitato i presenti a guardare sempre i volti dei pazienti, piccoli e grandi: a dare loro accoglienza e speranza, ad ascoltare le loro storie, a sostenerli quando il cammino si fa più arduo. *“Sono tre i tratti di Dio che ci aiutano sempre ad andare avanti: la vicinanza, la compassione e la tenerezza. A me piace pensare che tutti noi curatori della salute – noi, curatori della salute spirituale, voi, della salute fisica e anche psichica e spirituale in parte – dobbiamo avere questi tre atteggiamenti: vicinanza, compassione e tenerezza”*. Il filosofo Emmanuel Lévinas, ricorda che quando una persona sperimenta nella propria carne fragilità e sofferenza a causa della malattia, anche il suo cuore si appesantisce, la paura cresce, gli interrogativi si moltiplicano, la domanda di senso per tutto quello che succede si fa più urgente⁶. Da qui la necessità di avere accanto testimoni dell'amore di Dio che sappiano sentire le sofferenze dell'altro.

Alla scuola del buon samaritano, il medico, e tutti gli operatori sanitari, sono chiamati a prendersi cura del malato che è molto di più che occuparsi della malattia.

⁶ E. Lévinas, « Une éthique de la souffrance », in *Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées*, a cura di J.-M. von Kaenel, Autrement, Paris 1994, pp. 133-135

Personalmente, sento il dovere di esprimere tanta gratitudine a medici, infermieri e personale sanitario, che durante il periodo della pandemia si sono presi cura del sottoscritto e di tante persone colpite dal morbo. Siamo stati curati con amore e profonda attenzione.

4) Prendersi cura della persona: la via tracciata dalla nostra Costituzione per garantire il diritto alla salute.

Scegliere di curare una persona anziché la sua malattia, non è un'opzione discrezionale, ma la via tracciata dalla nostra Costituzione.

I nostri costituenti, e tra essi i costituenti cattolici, avevano chiaro chi è l'uomo.

L'art. 32 riconosce il diritto fondamentale della salute ad ogni individuo e nell'interesse della collettività. Questa norma è inserita nel titolo dei rapporti etico-sociali. La terminologia non è priva di significato. Segnala come la dimensione giuridica non prescinda dalla dimensione etica. Se poi scorriamo il contenuto di questo titolo della Costituzione, possiamo riscontrare che esso comprende anche il tema della famiglia, la scienza, l'arte, l'università e l'educazione e, da pochi mesi, anche lo sport. Sono tutti aspetti che riguardano la dimensione sociale della persona.

L'art. 32, dunque, va letto attraverso la lente dell'art. 2 che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità (La grande intuizione di La Pira). L'uomo non è una "macchina", l'uomo vive in relazione e il curante deve sempre considerare la persona, le sue risorse e i suoi interessi. Nonostante il limite e la malattia, la persona può e deve continuare a partecipare alla vita e se sapremo garantire questo, nonostante le ferite che non potremo guarire, allora avremo vinto sulla malattia stessa.

Sono tante le persone che ogni giorno sono al servizio dei malati, degli anziani e delle persone con disabilità, S. Giovanni Paolo II, li vuole custodi e servitori della vita⁷, perché la loro attività, nella complementarità dei ruoli e delle responsabilità, significa servire la vita nella sua totalità: salvaguardare, recuperare, migliorare la salute fisica, psicologica e spirituale. Sono tante le persone silenziose e inconsapevoli custodi della vita, quindi costruttori di democrazia, portatori di speranza.

È nel contesto concreto e vissuto della cura e del prendersi cura che può misurarsi la dignità della persona riconosciuta da una comunità. È nella vita di ogni giorno accanto al malato, al disabile, all'anziano e alle loro famiglie che la dignità di una persona da mera enunciazione può diventare una parola viva. È nel lavoro di chi cura, valuta, riabilita, assiste e sostiene che sono testimoniati la nostra credibilità e i valori fondanti della nostra società. Nel come operiamo, si intessono o si disfano i valori di giustizia, libertà e democrazia. Nel come operiamo ogni giorno risponderemo alla domanda fondamentale che scorre in tutta l'enciclica Fratelli Tutti: quanto vale un essere umano, quanto vale una persona sempre, e in qualsiasi circostanza!

⁷ S. Giovanni Paolo II, *Evangelium vitae* sul valore e l'invulnerabilità della vita umana (25 marzo 1995), n. 89.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Cura e familiarità, il regalo più grande per chi soffre:
i medici di famiglia da Papa Francesco**

Anche la Fnomceo all'udienza per la campagna globale "Thank You Doctor"

Il Codice di deontologia medica e la spilla con il logo che è il distintivo dei Presidenti d'Ordine: sono gli omaggi che, questa mattina in occasione dell'Udienza privata riservata ai promotori della campagna globale "Thank you doctor", il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, ha consegnato a Papa Francesco.

Più di 300 i medici di famiglia che, provenienti da diversi Paesi, hanno partecipato all'Udienza, che è stata uno dei punti più alti ed emozionanti del summit dedicato alla campagna in corso a Roma. Campagna che è stata fortemente voluta dalla Pontificia Accademia per la Vita e dal suo presidente, Monsignor Vincenzo Paglia, e dall'organizzazione Somos Community Care, presieduta dal Dr. Ramón Tallaj, medico di famiglia. Obiettivo: valorizzare e riscoprire questa figura, fondamentale per tutti i sistemi di cura, e dirle "grazie".

"Un grazie che oggi, a nostra volta, rivolgiamo a Papa Francesco – afferma il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – per averci accolto e per averci riservato parole così belle e sentite, oltre alla sua benedizione e preghiera".

Cura e familiarità: sono queste le peculiarità del medico di famiglia sulle quali si è voluto focalizzare il Pontefice, definendole "due doni di grande valore per chi soffre". "Il medico di famiglia – ha affermato – è una figura fondamentale, che combina competenza e prossimità. Vorrei sottolineare brevemente due aspetti di questa missione, presi in maniera precisa dal significato di medico di famiglia: l'essere un medico e l'essere di famiglia". "Per prima cosa – ha proseguito – il medico, cioè colui che eroga le cure. La scienza oggi ha fatto passi da gigante, permettendoci di accedere a terapie che erano inimmaginabili solo pochi decenni fa. Eppure la medicina, anche la più avanzata tecnologicamente, è sempre, per prima cosa e soprattutto, un incontro umano, caratterizzato dal prendersi cura, dalla vicinanza e dall'ascolto. Quando siamo malati, cerchiamo il dottore, non solo come professionista competente ma come presenza amica sulla quale contare, che infonde fiducia nella guarigione e che, anche quando questa non è possibile, non ci

lascia soli, ma continua a guardarci negli occhi e ad assisterci, sino alla fine”. “San Luca – ha ricordato – che San Paolo definisce “il caro medico”, un vostro collega, così descrive l’azione di Gesù verso i malati: li avvicinava, entrava nelle loro case, li ascoltava, li accoglieva nella loro sofferenza e li guariva. Il medico di famiglia è allo stesso modo presente e prossimo, offrendo calore così come cura professionale, perché conosce i suoi pazienti e i loro cari personalmente e cammina insieme a loro, giorno dopo giorno, anche a costo di sacrifici personali”.

“Questo ci porta – ha aggiunto Papa Francesco – alla seconda ragione per cui il ruolo del medico di famiglia è prezioso: essere un membro della famiglia. Questa dimensione di comunità della cura, che richiede di contestualizzare ogni paziente all’interno delle sue relazioni e dei suoi legami affettivi e sociali. La presenza del dottore di famiglia, infatti, aiuta a creare una rete di affetto, condivisione e solidarietà accanto alla persona malata, andando oltre la fase della diagnosi e della terapia. Questo rafforza le relazioni umane e trasforma la sofferenza in un momento di comunione da sperimentare insieme, con benefici non solo per i pazienti ma anche per i caregiver, i membri della famiglia e la comunità allargata”.

Papa Francesco è voluto andare oltre il testo ufficiale, ricordando con commozione alcune esperienze con il medico della sua famiglia. Si è poi seduto tra i medici, pregando e cantando insieme a loro.

“Oggi è una giornata straordinaria – ha commentato il presidente della Fnomceo Filippo Anelli dopo l’incontro – e la testimonianza di Papa Francesco che ha ricordato il medico che entrava nella sua famiglia, consolava i bambini influenzati, toccava la pancia della mamma incinta del quarto figlio mostra quella familiarità, quella misericordia, quell’atto d’amore nei confronti dell’altro che caratterizza il medico di famiglia”.

Amore ricambiato dai cittadini, che in tutti i sondaggi mostrano una fiducia e un gradimento altissimi, intorno all’80% e superiore a ogni altra figura professionale o istituzionale, nei confronti del medico di medicina generale. Medico che, ha ricordato Anelli, è l’alternativa vera alle disuguaglianze di salute, essendo presente in tutte le parti del paese ed essendo scelto direttamente dal cittadino.

A partecipare all’udienza in rappresentanza della Fnomceo, oltre al Presidente Anelli, il Vicepresidente Giovanni Leoni, il Segretario Roberto Monaco, il Direttore Pierluigi Vecchio. Insieme a loro, gli esponenti della Previdenza, il Presidente dell’Enpam Alberto Oliveti, e dei Sindacati medici: il Segretario della Fimmg, la Federazione dei medici di famiglia, Silvestro Scotti, il Segretario di Anaa – Assomed Pierino Di Silverio e il Presidente della Federazione Cimo- Fesmed, Guido Quici.

Qui il testo del discorso e alcune foto: <https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2024/may/documents/20240525-somos-community-care.html>

Roma, 25 maggio 2024

Ufficio Stampa Fnomceo: 0636203238 – 347 2359608 – 3371068340 - informazione@fnomceo.it

LA REGISTRAZIONE DEL CODICE UDI PER DISPOSITIVI MEDICI DI CLASSE IIB E III DIVENTA OBBLIGO PER MEDICI ED ODONTOIATRI

DOTT. LEONARDO CANCELLONI



I dispositivi con UDI (Unique Device Identification) includono una vasta gamma di prodotti medici, come dispositivi diagnostici, strumenti chirurgici, dispositivi per la terapia, impianti e dispositivi ausiliari. Questi dispositivi possono essere utilizzati in diversi settori della Medicina, tra cui Odontoiatria, Cardiologia, Ortopedia, Oncologia, Radiologia. La normativa UDI può essere applicata a dispositivi medici di tutti i livelli di rischio, dall'uso generale ai dispositivi ad alto rischio. La gamma esatta di dispositivi che richiedono l'UDI può variare a seconda delle normative specifiche del Paese o della regione in cui vengono utilizzati.

Es. di dispositivo con codice UDI:



Dal 15 gennaio 2024 è entrato in vigore il **Decreto Legislativo n.137 del 2022** secondo il quale Odontoiatri e Medici Chirurghi sono tenuti a registrare e conservare i codici UDI dei dispositivi medici di classe II e III, come indicato dai fabbricanti. Per tutti gli altri dispositivi medici, il Ministero della Salute incoraggia gli operatori sanitari e le istituzioni sanitarie a procedere alla registrazione dei relativi codici UDI su base volontaria, dunque non c'è obbligo.

Il codice UDI indicato dal fabbricante è composto da una parte identificativa del dispositivo (UDI-DI) ed una identificativa della produzione (UDI-PI) e deve essere espresso in formato leggibile sia dalle macchine (codice a barre e QRcode) che dall'uomo (numeri e lettere).

Può capitare che alcuni dispositivi medici acquistati, nonostante siano tra quelli per i quali il fabbricante deve indicare il codice, secondo quanto definito dal Regolamento MDR 2017/745, non abbiano ancora indicato il codice stesso.

A differenza delle normative europee, che devono essere recepite dallo Stato membro, il regolamento è immediatamente operativo anche se è prevista una gradualità di attuazione (**art.121) per i dispositivi sprovvisti di codice UDI** con rivalutazione dei risultati ottenuti prevista per il 27 maggio 2027.

Questo periodo transitorio è stato concesso per consentire ai fabbricanti di realizzare la procedura necessaria al fine del rilascio del codice, in tempi meno serrati. In questo periodo co-esisteranno sul mercato dispositivi medici certificati ai sensi delle vecchie direttive MDD (c.d. legacy devices CE 93/42) e dispositivi certificati secondo MDR. Per questo motivo può capitare che si possano acquistare dispositivi ancora senza codice UDI, che possono legittimamente essere immessi in commercio.

Si tratta di un regolamento molto complesso nato per tutto il settore sanitario compreso quello odontoiatrico. Il legislatore è intervenuto andando a superare e sostituire una pregressa norma europea in vigore dal 1997 (**Direttiva CEE 93/42**) a seguito del clamore mediatico suscitato da alcuni incidenti e reazioni avverse a determinati tipi di protesi per ricostruzione mammaria e a valvole cardiache difettose.

La motivazione alla base della nuova normativa di registrazione degli UDI è principalmente legata alla necessità di migliorare la sicurezza dei dispositivi medici, garantire una maggiore tracciabilità lungo l'intera catena di fornitura e facilitare il monitoraggio dei dispositivi per fini regolatori. Questo aumenta l'efficienza nella gestione degli stock, facilita il rintracciamento dei dispositivi in caso di necessità di richiamo e contribuisce a contrastare la contraffazione e il mercato illegale di dispositivi medici.

La registrazione deve essere effettuata in formato elettronico e le informazioni relative ai dispositivi impiantabili devono essere conservate per un periodo minimo di 15 anni.

Nel settore odontoiatrico le case produttrici di programmi gestionali per lo studio si sono uniformate alla normativa e hanno inserito una sezione dedicata nella quale, con estrema semplicità, possono essere inseriti i codici anche con l'utilizzo di scanner che leggono i QR code contenuti nelle confezioni di ogni dispositivo; nel caso non si posseda un gestionale può essere redatto un foglio elettronico nel proprio pc ed essere comunque in regola con le nuove disposizioni.

L'ANDI, al fine di ottemperare alla normativa, ha messo inoltre a disposizione dei soci un software acquistabile dalla piattaforma ANDI BRAIN. Inoltre sul sito dell'Ordine dei Medici di Perugia è stata inserita una FAQ con le risposte ad alcuni dei più comuni quesiti sull'argomento.



GESTIONE DELL'OSTEOPOROSI E DEL RISCHIO FRATTURATIVO: NOVE DOMANDE AI "BONE SPECIALISTS" PER AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA E MIGLIORARE LE CURE.

a cura del Comitato Regionale Umbro della SIOMMMS (società italiana dell'osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro)



L'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata da bassa massa ossea e deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo che causa una aumentata fragilità ossea e una conseguente aumento del rischio di frattura. Viene tipicamente definita sulla base del risultato della mineralometria ossea computerizzata (MOC). Ciò che è essenziale ricordare che la "terapia dell'osteoporosi" non è terapia finalizzata unicamente al miglioramento della densità ossea come misurata con la MOC, ma come terapia finalizzata a ridurre il rischio di frattura da osteoporosi o altre cause di fragilità. Pertanto la MOC è solo uno degli elementi utili alla definizione del rischio fratturativo, insieme ad altri quali età, predisposizione genetica a fratture da fragilità, stile di vita, pregresse fratture, malattie concomitanti, terapia in atto, che talvolta sono anche più importanti del dato strumentale. Si stima che circa 3.5 milioni di donne e 1 milione di uomini presentino osteoporosi in Italia. Oltre i 70 anni di età il 42% delle donne e il 13% degli uomini sono affetti da osteoporosi. Ogni anno si contano circa 568.000 fratture da fragilità in Italia; oltre i 50 anni di età si verificano oltre 50.000 fratture di femore in Italia con una mortalità entro un anno di circa il 15-20%. L'osteoporosi e le fratture da fragilità da essa causate rappresentano la quarta patologia cronica per impatto globale sulla disabilità. Malgrado questi numeri impressionanti, si registra un tremendo gap terapeutico con solo il 29% delle donne ad alto rischio di frattura e solo il 15% delle persone che hanno già avuto una frattura da fragilità in trattamento con farmaci antifratturativi (bifosfonati, denosumab, teriparatide o romosozumab). Visto l'impatto sanitario e sociale, la Medicina Generale gioca un ruolo fondamentale e primario nella gestione dei fattori di rischio e nella prima linea di trattamento, ed è necessariamente chiamata ad una particolare attenzione e partecipazione nella gestione del problema fratture da fragilità. In questo breve articolo il Consiglio Direttivo della Sezione Umbria della SIOMMMS evidenzia le principali priorità e criticità fornendo risposte sintetiche a specifiche domande pratiche per la gestione di questo problema.

1. Quando prescrivere e come richiedere la MOC?

dr.ssa Sonia Cristallini, endocrinologa

Va premesso che non è giustificata la richiesta di una MOC come screening generalizzato e che l'età non costituisce più un criterio sufficiente. La valutazione densitometrica va fatta invece sulla base della presenza di fattori di rischio clinici che sono stati individuati ed elencati nei LEA. Fra quelli più importanti che giustificano la richiesta a tutte le età ed in entrambi i sessi, sono: precedenti fratture da fragilità, terapia croniche (soprattutto steroidee), patologie che causano danno scheletrico.

Nelle donne in menopausa la richiesta è giustificata in presenza di uno soltanto dei seguenti fattori di rischio maggiori: menopausa precoce, anamnesi di frattura osteoporotica nella madre, magrezza con IMC \leftarrow 19 o di almeno tre fattori di rischio minori: età \rightarrow 65 anni, anamnesi familiare per osteoporosi severa, più di 6 mesi di amenorrea in premenopausa, apporto di calcio alimentare insufficiente, fumo o abuso di alcool.

Negli uomini con più di 60 anni la richiesta va fatta solo se vi sono almeno tre dei fattori di rischio minori elencati in precedenza.

Va sempre eseguita una scansione della colonna lombare e del femore prossimale che valutano due diversi tipi di tessuto osseo (trabecolare alla colonna e compatto al femore) che rispondono diversamente a differenti condizioni patologiche per cui una colonna normale può associarsi ad un femore osteoporotico e viceversa.

L'esame non va MAI ripetuto prima di 18-24 mesi.

2. Quando e quali esami di primo e secondo livello?

dr.ssa Anna Maria Scarponi, specialista in medicina interna

Il laboratorio è da considerarsi un indispensabile completamento nella diagnostica dell'osteoporosi in quanto può a) consentire la diagnosi differenziale con altre malattie metaboliche dello scheletro che possono determinare un quadro clinico o densitometrico simile a quello dell'osteoporosi, b) individuare possibili fattori causali, consentendo una diagnosi di osteoporosi secondaria e, quindi, dove possibile, un trattamento etiologico, c) orientare nelle scelte farmacologiche e fornire elementi utili per valutare l'aderenza alla terapia. La normalità dei semplici esami biochimici di primo livello esclude nel 90% dei casi altre malattie o forme di osteoporosi secondaria. Talvolta, per sospetti clinici mirati, bisogna procedere con indagini di secondo livello più specifiche; la scelta delle indagini per individuare forme secondarie di osteoporosi deve essere basata sulla loro prevalenza e sulla storia clinica, farmacologica ed esame obiettivo del paziente. Esami di secondo livello sono raccomandati soprattutto nei pazienti con forme di osteoporosi o anche di osteopenia molto superiore a quanto atteso per l'età o qualora non si ottengano adeguati risultati densitometrici nonostante la terapia

sia stata effettuata adeguatamente in termini di compliance e persistenza. Sono esami di primo livello: VES, glicemia, emocromo completo, protidogramma, calcemia, fosforemia, fosfatasi alcalina totale, creatininemia, calciuria delle 24 ore, 25OH-vitamina D, TSH, FT4. Esami di secondo livello comprendono: calcio ionizzato, paratormone, cortisolemia, cortisoluria delle 24 ore o test di soppressione con desametasone, testosterone totale nei maschi, immunofissazione sierica e/o urinaria, anticorpi anti-transglutaminasi e dosaggio IgA totali, esami specifici per patologie associate (es. ferritina, triptasi ecc...).

Marker del turnover osseo I marker del turnover osseo, utilizzati principalmente per ottenere informazioni sull'entità dei processi di neoformazione e di riassorbimento osseo, sono indicatori complessivi del rimodellamento scheletrico e presentano un'ampia variabilità analitica e biologica: pertanto NON trovano indicazione nella valutazione routinaria dei singoli pazienti. Quelli utilizzati nella valutazione della neoformazione ossea sono: l'osteocalcina, l'isoenzima osseo della fosfatasi alcalina (B-ALP) e i propeptidi del collagene di tipo I (PICP e PINP), mentre i più comuni marker del riassorbimento sono la piridinolina urinaria (PYR), la desossipiridinolina urinaria (DPYR) ed i livelli sierici dei telopeptidi terminali del collagene di tipo I (NTx, CTx). Un'alterazione significativa dei marker può permettere di orientare la diagnosi verso specifiche malattie primitive o secondarie dello scheletro (malattia ossea di Paget, osteomalacia, ipofosfatasia, metastasi ossee etc). Uno dei vantaggi dei marker biochimici è rappresentato dal fatto che cambiamenti significativi dei loro valori si possono riscontrare già dopo poche settimane dall'inizio del trattamento. Recentemente è stato proposto il loro utilizzo anche per valutare, in casi particolari, l'aderenza del paziente al trattamento farmacologico o per valutare la persistenza dell'effetto terapeutico dopo sospensione del bisfosfonato.

3. Come stimare il rischio di frattura?

dr. Riccardo Bogini, medico di medicina generale

La stima del rischio di frattura si avvale di strumenti equiparabili alle carte del rischio cardiovascolare. Esistono diversi score per stratificare la popolazione, per brevità, è bene prenderne in considerazione due.

Il primo è il DeFRA Score: è stato messo a punto da SIOMMMS e SIR prendendo a campione la popolazione italiana, integra valutazioni anamnestiche con rilievi di carattere clinico e il dato densitometrico. Il secondo è il FraHS: realizzato da SIMG a partire dal database Health Search, il campione in questo caso è la popolazione afferente agli ambulatori di medicina generale dei ricercatori Health Search. Lo score prende in considerazione item di carattere anamnestico e clinico, viene volutamente escluso il dato densitometrico per permettere una valutazione contestuale alla visita ambulatoriale. Entrambi gli strumenti sono disponibili gratuitamente e sono facilmente reperibili online, non è necessario

essere iscritti alla società scientifica di riferimento. La preferenza sull'utilizzo di uno score rispetto all'altro dipende dalla quantità di dati disponibili per l'operatore e dal setting di valutazione, entrambi permettono una stima affidabile del rischio di frattura e una conseguente rapida azione.

4. Quando iniziare la terapia e quali farmaci di primo livello e quando inviare il paziente allo specialista?

prof. Alberto Falorni, endocrinologo

La terapia antifratturativa di prima linea si basa sull'uso di bisfosfonati orali quali alendronato, risedronato o ibandronato. Un rischio fratturativo \rightarrow 8-10% a 10 anni pone potenziale indicazione all'uso di questi farmaci che possono e dovrebbero essere prescritti direttamente dal medico di Medicina Generale. Si ricorda che la nota 79 fornisce indicazioni precise sull'avvio della terapia antifratturativa. In caso di: a) reazioni avverse a bisfosfonati orali, b) insorgenza di nuova frattura da fragilità dopo almeno 12 mesi di terapia con bisfosfonati, c) presenza di 3 o più fratture da fragilità, d) insorgenza di frattura da fragilità in paziente in terapia steroidea cronica (equivalente a \rightarrow prednisone 5 mg/die) da almeno 12 mesi, e) persistenza di alto rischio di frattura dopo 6 anni di terapia con bisfosfonati orali, f) insorgenza di frattura da fragilità con T-score \leftarrow -4, il/la paziente deve essere inviato/a a visita specialistica per attivare adeguato piano terapeutico per terapia di seconda/terza linea. Si ricorda che il clodronato dovrebbe essere evitato come terapia di prima/seconda linea dell'osteoporosi in quanto scarsamente efficace come farmaco antifratturativo rispetto alle numerose terapie alternative disponibili, e per questo non rimborsato SSN.

5. Quando e come prescrivere la vitamina D?

dr.ssa Giuliana Duranti, medico di medicina generale

Quando possiamo prescrivere la vitamina D in regime di rimborsabilità senza una determinazione sierica? La vitamina D può essere prescritta come rimborsabile da parte del SSN, senza che venga eseguita una sua determinazione sierica, in tutte le persone istituzionalizzate, in soggetti con gravi deficit motori che vivono nel proprio domicilio, in donne in gravidanza o in allattamento, in soggetti con diagnosi di osteoporosi di qualsiasi natura non candidate alla terapia remineralizzante (vedi nota 79).

Quando invece la vit D può essere prescritta in regime di rimborsabilità previa determinazione sierica? In questo caso dobbiamo tenere presenti tre cut-off: sotto 12 ng/ml in soggetti che occasionalmente eseguono una determinazione il cui valore è pari o sotto e persone con sintomi attribuibili a ipovitaminosi D sotto 20 ng/ml in persone in terapia di lunga durata con farmaci interferenti con il metabolismo della vitamina D e in persone affette da malattie che possono causare malassorbimento nell'adulto sotto 30 ng/ml in soggetti affetti da

iperparatiroidismo sia primitivo sia secondario e in soggetti affetti da osteoporosi di qualsiasi causa candidate a terapia rimineralizzante per le quali la correzione dell'ipovitaminosi dovrebbe essere propedeutica all'inizio della terapia.

Come prescrivere la Vit D in base ai livelli? Se il valore è ≤ 12 ng/ml prescrivere colecalciferolo in dose cumulativa di 300.000 UI in un periodo massimo di 12 settimane, suddivisibile in dose giornaliera, settimanale o mensile. Se il valore è sotto 20 ng/ml prescrivere colecalciferolo in dose giornaliera 750/1000 UI o in alternativa dosi corrispondenti settimanali o mensili. Se il valore è sotto 30 ng/ml la supplementazione non è raccomandata per tanto non è rimborsabile dal SSN a meno che siamo di fronte a soggetti con osteoporosi in trattamento, osteomalacia od iperparatiroidismo allora in quei casi la dose di colecalciferolo giornaliera è di 750/1000 UI o in alternativa dosi corrispondenti settimanali o mensili.

6. Cos'è e cosa fare in caso di frattura da fragilità?

prof.ssa Carmelinda Ruggiero, geriatra

Una frattura può considerarsi da "fragilità" quando si realizza a causa di un trauma minimo o "non efficiente", quale ad esempio la caduta dalla propria altezza, il sollevamento di un peso o il semplice appoggiarsi sul davanzale d'una finestra. In condizioni di buona resistenza scheletrica, dunque in assenza di "fragilità", le forze agenti sullo scheletro in corso di caduta non causerebbero una frattura di femore, di polso o di bacino, né il sollevamento di un peso determinerebbe una frattura vertebrale, e sarebbe impossibile sviluppare una frattura costale semplicemente appoggiandosi sul davanzale d'una finestra. Riconoscere la fragilità scheletrica quale concausa di frattura è fondamentale per il medico. L'insorgenza di una frattura da fragilità è espressione di danno d'organo da osteoporosi, così come l'ictus lo è dell'ipertensione arteriosa sistemica. Stabilito, dunque, il ruolo della "fragilità" nella genesi dell'evento fratturativo e formulata una diagnosi precisa, diventa prioritario attivare l'iter diagnostico-terapeutico più adeguato per la prevenzione secondaria. A questo punto, diventa essenziale condividere con l'assistito la gravità del problema "fragilità scheletrica", l'impatto sulla fisiologia dei sistemi dell'organismo, il rischio di rifratture, ospedalizzazioni, sofferenze e disabilità presente e futura.

Le fratture maggiori da fragilità sono quelle di vertebra, omero, bacino e femore, insorgono prevalentemente a partire dalla 6a-7a decade di vita in poi, e devono la loro denominazione alle sequele di disabilità "catastrofica". Le fratture maggiore da fragilità richiedono l'attivazione puntuale del percorso diagnostico-terapeutico più adeguato e la prioritaria presa in carico da parte del bone specialist. Questo è necessario sia per la gravità del "danno d'organo" e sia per il "rischio imminente" di rifrattura. Il rischio imminente di rifrattura identifica un arco temporale, di solito 12-24 mesi dopo la frattura da fragilità maggiore, durante il quale il rischio di rifrattura è elevatissimo, fino a 8 volte superiore quello della popolazione generale. La gravità della frattura da fragilità ed il rischio imminente di rifrattura

sono le principali motivazioni per l'attivazione dei trattamenti antifratturativi più adeguati, non solo vitamina D e/o calcio, il più precocemente possibile. Gli assistiti che arrivano all'attenzione dei medici a causa di fratture maggiori da fragilità, sia che generino o meno ricovero ospedaliero, rappresentano una priorità clinico-assistenziale. Questi assistiti vanno prontamente avviati ai trattamenti di prevenzione secondaria o indirizzati ai percorsi di prevenzione secondaria. I modelli organizzativo-assistenziali migliori per rispondere ai bisogni di queste persone sono i cosiddetti "Fracture Liaison Service" o "Servizi Ortogeriatrici". Si tratta di modelli di cura orientati all'identificazione precoce dell'assistito con evento sentinella (es. frattura da fragilità), ad una sua gestione coordinata ed integrata tra bone specialist e medicina generale, che potrebbe avvalersi degli strumenti dei percorsi della cronicità e, infine, di quelli più innovativi volti a garantire cure di prossimità. Ad oggi, si auspica che l'assistito affetto da frattura maggiore da fragilità sia segnalato al bone specialist già dal Pronto Soccorso o riceva la prescrizione di trattamenti antifratturativi appropriati fin dalla dimissione dai reparti di Ortopedia e Traumatologia.

I "Fracture Liaison Service" e "Servizi Ortogeriatrici" dovrebbero essere in grado di offrire diagnosi e cure appropriate anche agli assistiti con fratture minori da fragilità che accedono agli ambulatori della Medicina Generale e/o quelli specialistici, quali ad esempio Neurochirurghi, Internisti, Geriatri, Endocrinologi, Oncologi, Reumatologi, Fisiatri, Radiologi, etc. Le fratture minori da fragilità, quali ad esempio quelle di polso, coste, clavicola, caviglia, etc., si realizzano generalmente a partire dalla 5° e 6° decade di vita, e sistematicamente precedono le fratture maggiori di qualche decade. E' questo il principale motivo per non lasciar passare inosservati gli assistiti affetti da fratture minori da fragilità. La Medicina Generale ha un ruolo fondamentale non solo nell'identificazione di questi assistiti, ma anche nella disamina dei fattori coinvolti nella genesi della fragilità scheletrica e delle cadute, spesso secondari a stile di vita, comorbidità e/o iatrogenesi, quindi nella rimozione dei fattori di rischio modificabili sia per fratture e sia per cadute, nella stima del rischio fratturativo e nell'avvio dei trattamenti preventivi entro i 90 giorni dall'evento.

7. Quando effettuare il trattamento indipendentemente dal risultato della MOC?

[dr.ssa Monica Cesarotti, reumatologo](#)

Lo scopo della terapia farmacologica è quello di ridurre il rischio di frattura e pertanto la decisione di iniziare un trattamento farmacologico per l'osteoporosi non è sempre identificabile con il risultato della densitometria ossea perché oltre a questa ci sono molti altri fattori clinici che devono essere considerati. La soglia di intervento dunque non coincide con quella diagnostica rappresentata dal risultato della BMD e tale concetto è stato ben espresso e recepito dalla nota 79 che stabilisce in Italia i criteri di rimborsabilità dei farmaci.

Secondo tale nota infatti, il trattamento farmacologico può essere iniziato in prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età superiore o uguale a 50 anni, indipendentemente dall' esecuzione della MOC, in caso di terapia in atto o prevista per più di 3 mesi con prednisone equivalente a dosi uguali o superiori a 5 mg/die oppure in caso di blocco ormonale adiuvante in pz di sesso femminile con carcinoma mammario o maschile con carcinoma prostatico. Si raccomanda pertanto di valutare attentamente, anche con l'aiuto della nota 79, quando il paziente può essere candidato direttamente alla terapia farmacologica senza attendere il risultato della BMD che non essendo sempre di immediata esecuzione, potrebbe ritardare inutilmente l'avvio al trattamento ed aumentare in tempi rapidi il rischio di frattura.

8. Cosa fare in caso di interventi odontoiatrici se il paziente è in trattamento con antiriassorbitivi?

dr. Stefano Laureti, medico di medicina generale, endocrinologo

L'osteonecrosi della mandibola/mascella è una condizione rara, caratterizzata da un'area circoscritta di necrosi del tessuto osseo, associata a un quadro di infezione a lenta guarigione. Questo quadro si può potenzialmente verificare in pazienti che utilizzano bisfosfonati e denosumab, ma anche in persone che non assumono questi farmaci. L'osteonecrosi della mandibola si può verificare in conseguenza di numerosi fattori locali o sistemici in grado di modificare il flusso ematico all'interno dell'osso e nei tessuti di rivestimento. Tra i fattori locali predisponenti ricordiamo in particolare i traumi, radioterapia, fattori infiammatori o infettivi intraossei o neoplastici ma anche fattori iatrogeni odontoiatrici quali interventi chirurgici invasivi odontoiatrici (estrazioni dentarie o altri traumi del cavo orale), terapie endodontiche, traumi protesici, scorretto impiego di presidi chirurgici nel cavo orale e raramente a cause sconosciute (forme spontanee). Tra i fattori sistemici sono descritti il diabete mellito non adeguatamente controllato, la terapia corticosteroidea cronica, alcoolismo/pancreatite, il fumo di sigaretta, la sindrome da immunodeficienza acquisita, le terapie immunosoppressive e le patologie reumatologiche sistemiche o connettiviti. L'osteonecrosi è una condizione rarissima, anche nei soggetti che assumono bisfosfonati o denosumab per osteoporosi o altre patologie scheletriche benigne. L'incidenza infatti (1 caso ogni 10.000 - 100.000 soggetti all'anno) è solo di poco superiore a quella della popolazione generale. Il rischio è invece più elevato nei soggetti affetti da neoplasie con metastasi ossee che assumono questi farmaci a dosaggi molto più elevati.

L'aumento del rischio nei pazienti con metastasi è dovuto al fatto che questi pazienti assumono, in un anno, la dose di farmaco che un paziente con osteoporosi assume in 10 o più anni di terapia. L'osteonecrosi può presentarsi con un'area di tessuto osseo non coperto da gengiva senza sintomi oppure, nei casi più

gravi, con un quadro di dolore intenso con segni di infezione e suppurazione nel cavo orale. I sintomi più frequenti sono dolore, parestesie e tumefazione della gengiva. In presenza di uno di questi sintomi, chiunque, indipendentemente dall'eventuale terapia con bisfosfonati o denosumab, dovrebbe eseguire una valutazione odontoiatrica per porre la corretta diagnosi. Questi sintomi infatti sono molto comuni e, nella maggior parte dei casi, sono dovuti ad altre patologie del cavo orale, molto più frequenti.

Gestione del paziente in trattamento con anti-riassorbitivi che si appresta a trattamento chirurgico odontoiatrico: Il rischio di osteonecrosi della mandibola è bassissimo nei soggetti che hanno una buona igiene orale, per cui si raccomandano: controlli periodici dal medico dentista che valuterà la situazione di tutta la bocca durante la terapia anti-riassorbitiva, accurata igiene orale quotidiana (spazzolare i denti dopo i pasti) e rimozione del tartaro almeno una volta all'anno. Nel caso di estrazioni, implantologia, altra chirurgia odontoiatrica: a) non sospendere la terapia con Denosumab durante il periodo delle cure odontoiatriche, che consigliamo di effettuare a 5 mesi dall'ultima somministrazione di Denosumab, b) Sospendere la terapia con Bisfosfonati almeno una settimana prima dell'estrazione e praticare una settimana prima dell'intervento profilassi antibiotica con: amoxicillina/ac. clavulanico 1 gr x 2 volte al dì o penicillina, eventualmente in associazione con Metronidazolo 250 mgx 2 volte al dì a giudizio medico, da proseguire fino alla cicatrizzazione della gengiva. In caso di terapia con denosumab, iniziare profilassi antibiotica 24 ore prima dell'inizio del trattamento odontoiatrico con: amoxicillina/ac. clavulanico 1 gr x 2 volte al dì e metronidazolo 250 mgx 2 volte al dì, da proseguire fino alla cicatrizzazione della gengiva. La successiva somministrazione di Denosumab può essere effettuata a distanza di due mesi dal completamento delle cure e comunque entro tre-quattro mesi dalla data prevista per la somministrazione. La terapia con Bisfosfonati può essere ripresa dopo 3 mesi dal completamento dell'intervento odontoiatrico. Le informazioni riportate nel documento sono coerenti con le indicazioni SIOMMS e le informative rilasciate dall'Azienda Ospedaliera di Perugia al paziente a cui viene proposto trattamento con Amino-Bisfosfonati o Denosumab.

Il decalogo SIOMMMS per il paziente sull'osteonecrosi della mandibola e mascella è disponibile a: <https://siommms.it/onj-una-scheda-informativa-della-siommms-per-informare-correttamente-i-pazienti/>

9. Qual è il rischio reale di fratture atipiche e come prevenirle?

prof. Giuseppe Rinonapoli, ortopedico

Le fratture atipiche di femore si chiamano così perché sono fratture da fragilità che non si localizzano nella sede classica delle fratture del femore dell'anziano, cioè non si localizzano in sede prossimale (fratture del collo del femore e pertrocanteriche).



Normalmente, le fratture della diafisi femorale sono fratture ad alto impatto (incidenti stradali, cadute dall'alto), più tipiche del paziente giovane che del paziente anziano. La caratteristica delle fratture atipiche è quella di localizzarsi sotto il massiccio trocanterico, quindi sono sottotrocanteriche o diafisarie, ma prevedono un meccanismo traumatico simile a quello delle fratture femorali da osteoporosi, cioè un trauma minimo o addirittura nessun trauma.

Dal punto di vista radiografico, le fratture atipiche di femore hanno un pattern specifico, riassunto nei criteri della ASBMR Task Force. Questi criteri possono essere verificati dallo specialista ortopedico. Non raramente, il paziente accusa una sintomatologia prodromica, che consiste in dolore a metà coscia. Si tratta di un dolore dovuto alla frattura che, inizialmente, è incompleta, e che, con il tempo, diventa completa. Questi sintomi sono quasi sempre trascurati dal medico o scambiati per una patologia differente. Attenzione, una frattura atipica da un lato può sottintendere la stessa frattura controlateralmente! Quindi sarebbe sempre necessario, in caso di frattura atipica, effettuare anche una radiografia del femore controlaterale e, comunque, valutare attentamente un eventuale dolore di coscia dal controlato.

Le fratture atipiche sono state attribuite ad un prolungato uso di bifosfonati. In realtà, questa associazione è ancora in parte controversa. Sul foglietto illustrativo dei bifosfonati è comunque segnalato questo rischio, anche se è una complicanza rara. In caso di frattura atipica è preferibile comunque sospendere l'uso dei bisfosfonati ed eventualmente passare ad un altro gruppo di farmaci per l'osteoporosi. Sono stati pubblicati degli articoli che mettono in associazione le fratture atipiche con il denosumab.

Il trattamento delle fratture atipiche di femore non differisce da quello delle fratture tipiche. Secondo alcuni dati della letteratura, la consolidazione di queste fratture è più lenta delle fratture più classiche.

OBBLIGHI DEL MEDICO A FRONTE DI QUADRI MORBOSI DI SOSPETTA ORIGINE PROFESSIONALE: CONFERME E NOVITÀ

DOTT. GIORGIO MISCETTI: SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO

DOTT.SSA PATRIZIA BODO DIRIGENTE MEDICO USLUMBRIA I - DIRETTRICE FF U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO



Nonostante la ricca documentazione e letteratura esistente in merito agli obblighi di certificazione o segnalazione o denuncia dei medici, ivi compresa una precedente comunicazione degli autori¹, capita ancora che, a fronte di quadri patologici riconducibili al lavoro, si abbia qualche dubbio su come procedere in termini medico legali.

In un tale contesto vale anche la pena di ricordare il significato di due termini che ricorrono spesso in tali frangenti e cioè:

-certificato: attestazione di fatti clinici riscontrati sul soggetto sottoposto ad accertamenti, rilasciata dal sanitario al soggetto richiedente.

-denuncia: segnalazione all'autorità di pubblica sicurezza di fatti di interesse per la salute del singolo e della collettività, finalizzata ad azioni di tipo preventivo, di controllo, giuridico o più semplicemente statistico-epidemiologico;

Ciò detto, al cospetto di fatti clinici che, a giudizio del medico (sia esso medico di medicina generale, libero professionista, dipendente di strutture pubbliche o private, consulente di patronato, medico competente e così via), possano deporre per un sospetto di malattia professionale, diventa obbligatoria la redazione dei seguenti atti medico legali:

“Certificato di malattia professionale”: previsto dal DPR 1124/65 agli artt. 53 (nell'industria) e 251 (in agricoltura); l'obbligo della redazione di tale certificato, la cui modulistica è scaricabile dal sito INAIL con possibilità di compilazione informatizzata, scatta ove la malattia sia inserita tra quelle assicurate da tale ente e meglio note come “malattie professionali tabellate”. L'obbligo è vigente sia che la malattia determini una inabilità temporanea al lavoro, sia che non comporti inabilità pur essendo comunque presente, ma produca postumi invalidanti. Il certificato consente al lavoratore di usufruire delle prestazioni offerte dall'ente

¹ Miscetti G, Bodo P “Certificazioni e denunce in materia di malattie da lavoro: gli obblighi formali del medico” Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia, febbraio 2005.

assicuratore, l'INAIL, sia in termini di cure che in termini di rendita economica in presenza di postumi accertati. Una volta ricevuta copia del certificato, sarà cura del Datore di Lavoro (DdL), compilare la denuncia di malattia professionale, inoltrando il tutto all'INAIL. Nelle lavorazioni agricole, invece, (dove spesso gli infortunati sono semplici coltivatori diretti, il certificato redatto dal medico (certificato-denuncia) estingue anche gli obblighi di denuncia cui sopra.

Al riguardo appare importante anche ricordare come, con la recente pubblicazione del Decreto Interministeriale del 10/10/2023, la tabella contenente il dettaglio delle malattie professionali sia stata aggiornata con importanti modifiche rispetto a quella precedente. Pur essendo l'elenco delle malattie professionali assicurate tassativo, non è impedito al medico di redigere certificati anche per patologie non ricomprese in tale elenco ma che siano comunque, a suo parere, riconducibili al lavoro svolto: in questo caso sarà l'ente a valutare se accogliere o meno la richiesta, attraverso un percorso di accertamento all'interno del quale sarà il lavoratore a farsi parte attiva nel dimostrare la genesi professionale della malattia.

“Denuncia di malattia professionale”: l'obbligo di redazione della denuncia di malattia professionale deriva dall'art.139 del DPR 1124/65, come rivisto dall'art.10 del DL 38/00, e scatta per il medico che si trovi di fronte a fatti clinici riconducibili alle malattie declinate nell'elenco allegato al Decreto del Ministero del lavoro del 15/11/2023; decreto che ha recentemente aggiornato, con importanti modifiche rispetto al passato, il novero delle malattie professionali soggette a denuncia obbligatoria.

Tale denuncia va inviata alla ASL (Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) all'Ispettorato del Lavoro ed all'INAIL; non possiede valenze assicurative, ma ha invece finalità statistiche ed epidemiologiche e serve anche per attivare eventuali interventi di prevenzione volti alla tutela del lavoratore interessato e di altri lavoratori coinvolti nella stessa condizione di rischio lavorativa. Non a caso, nella denuncia occorre specificare alcuni elementi di contorno che servono a fare un quadro della situazione in cui la malattia si è sviluppata. L'elenco delle malattie professionali soggette a denuncia è più ampio di quello delle “malattie professionali tabellate” e quindi assicurate, in quanto contiene anche liste di malattie di “probabile e possibile origine lavorativa” da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle stesse. E' utile ricordare che l'omissione di denuncia è punita penalmente, con sanzioni che diventano più aspre nel caso in cui il sanitario sia anche medico competente aziendale

Altro termine che frequentemente ricorre tra gli obblighi formali del medico (sovrapponendosi o meno ai precedenti) e di cui si ritiene utile parlare in questa sede è quello del “Referto”. L'obbligo di referto scatta per il medico a fronte di lesioni alla persona (afezioni acute, croniche, infortuni od altro) la cui genesi sia riconducibile ad una violazione perseguibile d'ufficio (art. 365 del c.p.).

Nella fattispecie, ed escludendo i fatti dolosi, trattasi di lesioni personali gravi/gravissime o la morte, per omissione colposa delle norme in materia di igiene e sicurezza nel lavoro. Conseguentemente, il destinatario del referto è l’Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica o altri organi esercenti attività giudiziaria in materia quali ASL, Carabinieri..), che attiverà le indagini necessarie per verificare la sussistenza o meno dei fatti e perseguire eventuali responsabilità. Ovviamente nel referto, per il quale non esistono modelli predefiniti, andranno inserite tutte le notizie utili a chi dovrà indagare, sia di natura clinica che di contesto. Anche l’omissione di referto è punita penalmente (salvo l’ipotesi in cui l’atto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale).

In molti casi, quindi, oltre, al certificato andranno redatti anche il referto e la denuncia di malattia professionale. Anzi, in estrema semplificazione, si può anche affermare che alla redazione di un certificato di malattia professionale INAIL, generalmente deve sempre seguire una denuncia di malattia professionale; viceversa è possibile che ad una denuncia di malattia professionale, non segua il corrispondente certificato INAIL.

Indipendentemente da quanto sopra, invece, il referto sarà redatto sempre ove si ritenga che la lesione/affezione riscontrata sia riconducibile a violazione colposa di norme di igiene e sicurezza del lavoro che abbia determinato una prognosi superiore a 40 giorni.

Accanto a questi tre adempimenti formali esistono poi ulteriori obblighi, introdotti dal DL 626/94 e confermati dagli art.244 e 281 del DLvo 81/08, riguardanti tutti i medici operanti in strutture sanitarie (pubbliche e private). Trattasi degli obblighi di “Segnalazione” all’INAIL di tutti i casi di malattie e/o decesso di presumibile origine lavorativa dovuti ad agenti biologici o cancerogeni; obblighi che mirano giustamente a tenere alta l’attenzione sugli effetti di tali fattori di rischio alimentando i relativi sistemi di rilevazione epidemiologica nazionale, in particolare il registro nazionale dei casi di mesotelioma (RENAM) di cancro naso sinusale, RENATUNS) e di neoplasie a bassa frazione eziologica (RENALOCAM).

COSA POTRÀ RENDERE ATTRATTIVA LA CARDIOLOGIA UMBRA PER LE NUOVE GENERAZIONI DI CARDIOLOGI?

DOTT. SARA MANDORLA

COORDINATRICE DELLE ASSOCIAZIONI DI
VOLONTARIATO UMBRA A TUTELA DEI PAZIENTI CON
MALATTIE CARDIOVASCOLARI

[HTTPS://WWW.FACEBOOK.COM/COORDINAMENTOUMBRIACUORE/](https://www.facebook.com/COORDINAMENTOUMBRIACUORE/)



Nella rivista “Cardiologia negli Ospedali” sono stati di recente pubblicati due interessanti articoli sulla Cardiologia e le nuove generazioni di Cardiologi: il primo (nel numero di settembre-ottobre 2023) del Dott. Gian Luigi Nicolosi dell’Ospedale di Pordenone, dal titolo “Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi?” (1); il secondo (commento al primo nel numero di gennaio-febbraio 2024), del Prof. Gianfranco Sinagra del Dipartimento Cardiotoracico dell’Università di Trieste dal titolo “Riappropriarsi del senso pieno della Medicina per rendere più attrattive tutte le organizzazioni cardiologiche” (2). Il tema affrontato è che cosa può rendere attrattive le Cardiologie per i giovani Cardiologi in un periodo in cui da anni avvisi e concorsi vanno deserti e circa 1000 medici/anno lasciano l’Italia. Dotazioni tecnologiche adeguate, buon clima di lavoro interno, offerta di crescita formativa strutturata, collocazione geografica appetibile sono gli aspetti ritenuti importanti dai due illustri cardiologi nella scelta della struttura cardiologica, come delle strutture sanitarie di ogni specialità.

Che cosa si può dire sul tema riguardo alla esperienza umbra? In passato molte delle tecnologie cardiologiche - ecocardiografia, ultrasonografia vascolare, Holter ECG e pressorio, test da sforzo, ecostress - erano abbastanza diffuse: si parlava di democratizzazione delle tecniche. Meno frequenti e sviluppate la cardiocirurgica e elettrofisiologia. In Umbria l’emodinamica è arrivata a Gualdo Tadino negli anni ‘90, trasferita successivamente all’ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino nel 2008; l’Azienda Ospedaliera di Perugia si è dotata della cardiocirurgia pure negli anni ‘90, insieme all’emodinamica e all’elettrostimolazione. Procedure di cardiologia interventistica più complesse come la TAVI sono molto più recenti e fino all’inizio degli anni 2000 erano di esclusiva competenza cardiocirurgica. Successivamente il decreto 70/2015 e la definizione dei presidi, la istituzione della rete E/U e la classificazione tra hub e spoke, la presenza della cardiocirurgia, la rete del neonato critico sospetto per cardiopatia hanno differenziato sempre

di più le strutture per bacino di utenza, alta specialità e qualità delle prestazioni: la regione, con i suoi circa 850.000 abitanti, è dotata attualmente di 2 DEA di II° livello con popolazione limitata rispetto agli standard previsti ma dotata di tecniche interventistiche, 5 DEA di I° livello, di cui uno - ospedale di Foligno - dotato di emodinamica e 12 ospedali di base, di cui 4 dedicati alla riabilitazione. Anche qui, in Umbria, il Covid-19, la quota 100 e quote successive, insieme alla riduzione di iscrizioni alla Facoltà di Medicina e di Specialisti e alla riduzione dei fondi disponibili per la sanità pubblica, hanno fatto esplodere la crisi del personale e della formazione: molti laureati sono andati all'estero, altri si sono iscritti a facoltà di Medicina straniera prevedendo di tornare in Italia negli anni successivi, altri si sono iscritti ad altre facoltà. E contestualmente è iniziata l'epoca di avvisi e concorsi andati deserti. Cosa si può proporre perché questa realtà umbra possa attrarre i giovani cardiologi?

La **specialità "Cardiologia"** non sembra in crisi: la Cardiologia/Malattie dell'Apparato Cardiovascolare rimane fra le 5 discipline più selezionate dagli specializzandi, insieme a Neurologia, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Allergologia. È probabile però che in futuro le SCA si riducano ulteriormente grazie alla prevenzione e potranno essere più frequenti procedure di cardiologia interventistica in aritmologia, correzioni valvolari, chiusura dell'auricola, patologie che riguardano prevalentemente l'anziano. Il recente censimento delle strutture cardiologiche in Italia organizzato dell'ANMCO (3) conferma la riduzione di strutture complesse di Cardiologia e la crescita di strutture dipartimentali o aggregate Cardiologiche e Medicina/Altro Reparto, che complessivamente rappresentano il 30%.

La **formazione** è parte integrante della specializzazione e il "decreto Calabria" che permette di assumere specializzandi per completare la formazione è stato utilizzato marginalmente. Le liste di attesa, nella gran parte, sono state assegnate a sanità privata convenzionata e nel 30% dei casi alla sanità pubblica. Tutti i posti disponibili per la specialità cardiologica sono stati occupati. Resta il fatto che esiste una carenza di Cardiologi, in Umbria come nel resto d'Italia che condizionerà i prossimi anni.

Il programma PNRR# Next Generation EU (4), formulato dall'Unione Europea a seguito della **pandemia** e della conseguente crisi economica, può dare un contributo importante. La Missione 6 del progetto propone un'organizzazione della sanità per la gestione del paziente cronico, un accordo con i MMG, la rete del cronico e dell'ospedale-territorio, la valorizzazione della riabilitazione e dei vari setting assistenziali considerati - degenziale, ambulatoriale, domiciliare - la garanzia della multidisciplinarietà in prossimità. Questo progetto europeo

può rappresentare un modello alternativo di attrattiva per i giovani cardiologi perché si propone di potenziare la conoscenza, attraverso il digitale, dei dati epidemiologici della popolazione, le patologie prevalenti e out-come, i trattamenti e recidive, le abitudini e comportamenti, le risposte nuove a malattie conosciute e non. Può portare grandi progressi rispetto ai dati che conosciamo e migliorare i metodi utilizzati per fare ricerca. Il progetto è particolarmente attento alle problematiche degli anziani e propone il “prendersi cura” delle persone affette di “malattie non trasmissibili e croniche - malattie cardiovascolari, neurologiche, diabete, insufficienza renale, pneumopatie, ecc. - dopo dimissione da ospedali per acuti e in questo senso può essere considerato un completamento della legge 833/78. Altro obiettivo è l’adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni.

Il **digitale** sarà lo strumento fondamentale del personale sanitario che sostituisce carta e spostamenti. Il piano formativo di Medicina e/o di Specializzazione dovrebbe prevedere un corso di digitale (per il cui uso attualmente l’Italia occupa la 24ma posizione sui 27 paesi UE) (4). Una raccomandazione non scritta ma molto importante è sviluppare reti di collegamento e collaborazione personale tra medici per discutere casi dubbi, nuove classificazioni o protocolli terapeutici, per i tanti interrogativi e quesiti che questo lavoro quotidianamente presenta.

In Umbria siamo pronti ad affrontare tutte queste novità e a sfruttare le nuove opportunità, anche in campo cardiologico? Nella nostra regione ci sono 7 Cardiologie, di cui tre dotate di emodinamica e due Aziende Ospedaliere, ma con sette Primari “facente funzione”, di cui 5 da alcuni anni. Non è la situazione ideale per implementare un nuovo progetto e la multidisciplinarietà, per creare un buon clima lavorativo, né per perseguire la continuità ospedale-territorio. Tanto più con Direttori Generali delle nostre due ASL che cambiano con tale rapidità da rendere difficile memorizzare il nome.

Ma al fondo di tutti i problemi delle cardiologie umbre e nazionali, come di tutta la sanità pubblica del Paese, c’è la drammatica carenza di personale e di risorse del fondo sanitario nazionale (FSN). La Fondazione Gimbe (5) nella sua recente analisi dei dati OSCE ha calcolato che per colmare il divario di spesa pro capite rispetto alla media europea il FSN dovrebbe aumentare di quasi 50 miliardi (dagli attuali 134). Per non parlare dei divari con la Francia, la cui popolazione è di poco più del 10% maggiore dell’Italia, ma mediamente molto più giovane (l’età media è di 43,9 anni contro i nostri 48,4) che per la sanità pubblica spende circa il doppio del nostro Paese, mentre la Germania spende tre volte di più. La Tabella allegata sintetizza la storia del finanziamento del SSN di questi primi 24 anni del nuovo secolo, con una periodizzazione significativa che descrive tre storie diverse - prima della crisi economica iniziata nel 2008; durante la crisi (2008-2013), dopo la crisi - al netto degli incrementi del fondo assorbiti dall’aumento dei costi sostenuti dal sistema a seguito dell’incremento dei prezzi dei servizi sanitari.

Finanziamento annuo SSN 2001-2024. Variazioni nominali e reali per sottoperiodi

Sottoperiodi	Miliardi di euro		Variazioni nominali	Aumenti prezzi	Variazioni "reali"
	da	a			
2001-2008	71.3	101.6	30.3	7.7	22.6
2008-2013	101.6	107.0	5.4	17.2	-11.8
2013-2024	107.0	134.0	27.0	12.0	15.0
2001-2024	71.3	134.0	62.7	36.9	25.8

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Dal 2001 al 2024 il FSN è cresciuto di quasi 63 miliardi (da poco più di 71 a 134), ma l'incremento "reale" è stato soltanto di circa 26 miliardi perché il resto (37 miliardi) è stato assorbito dall'aumento dei prezzi dei servizi sanitari (incrementi di stipendi, dei prezzi dei medicinali, ecc.). In media l'incremento reale è stato di circa l'1% annuo, ma essenzialmente per effetto dei notevoli incrementi dei primi anni 2000 (fino al 2008), perché dopo i ripetuti tagli del periodo della crisi 2008- 2013 (in media quasi il 2% l'anno) negli ultimi 11 anni la media si è abbassata a 0.2%, con la conseguenza che soltanto quest'anno il FSN reale è tornato sul livello pre-crisi. È chiaro che con gli attuali problemi di personale e di generale drammatico sottofinanziamento della sanità pubblica c'è poco da fare per essere più attrattivi; c'è piuttosto da temere per la tenuta del sistema nel suo complesso, compreso il cardiologico. Per quanta buona volontà ci si possa mettere da parte degli operatori sanitari, senza un ripensamento nazionale riguardo alle risorse da destinare al SSN (sull'esempio di Francia e Germania) mi sembra difficile pensare che le nostre Cardiologie pubbliche possano diventare più attrattive per i giovani cardiologi e più capaci di rispondere ai crescenti bisogni dei pazienti. È molto più probabile che diventino sempre più attrattive quelle private.

Bibliografia:

1. Nicolosi GL: *Quali caratteristiche possono rendere più attrattive una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi? Cardiologia negli Ospedali*. N. 255. Settembre -ottobre 2023.
2. Sinagra GF: *Riappropriarsi del senso pieno della Medicina per rendere più attrattive tutte le organizzazioni cardiologiche. Cardiologia negli Ospedali*. N. 257. Gennaio-febbraio 2024.
3. Oliva F, Di Pasquale G, Lucci D, et al. *8° Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) Anno 2022. G Ital Cardiol 2024;25 (2 Suppl. 1):19S-103S.*
4. *PNRR #Next Generation EU Italia.*
5. *Fondazione Gimbe, 6° Rapporto sul sistema sanitario nazionale, Roma 10 ottobre 2023.*

SALUTE LIQUIDA

Articolo scaricato dal sito open source Salute Internazionale
<https://www.saluteinternazionale.info>

Primo Buscemi



La diffusione delle tecnologie di *mobile health* ridefinirà il modo in cui gestiamo la nostra salute e pratichiamo l'assistenza sanitaria, cambiando la nostra idea di salute.

Per i sostenitori della digital health, siamo sull'orlo di una rivoluzione digitale della sanità. La diffusione delle nuove tecnologie digitali e in particolare della mobile health (mHealth), ovvero delle pratiche mediche e di sanità pubblica supportate da dispositivi mobili quali smartphone e dispositivi di monitoraggio wearable (indossabili), che si avvalgono dell'utilizzo dei big data analizzati con metodi come il machine-learning, ridefinirà il modo in cui gestiamo la nostra salute e pratichiamo l'assistenza sanitaria, cambiando anche la nostra idea di salute. **Eric Topol**, uno dei più autorevoli sostenitori di queste nuove tecnologie, è convinto che big data e machine learning, soprattutto se combinati con l'automonitoraggio delle condizioni cliniche e l'empowerment del paziente, **risolveranno molte carenze e problemi dell'assistenza sanitaria moderna, come l'aumento del carico di lavoro, la carenza di personale e la mancanza di assistenza.** Nel suo libro "Deep medicine" (2019), Topol afferma, inoltre, che queste tecnologie renderanno di nuovo "umana" una medicina che sembrava aver perso la sua umanità, favorendo una relazione di cura centrata sulla persona e più empatica.

Non tutti, però, sono d'accordo con la visione "positivista" di Eric Topol. Il prof. Giovanni Rubeis (Division of Biomedical and Public Health Ethics, Krems, Austria) ha pubblicato nel 2023 un articolo sulla rivista "Social Science and Medicine" dal titolo "Liquid Health. Medicine in the age of surveillance capitalism" con l'obiettivo di analizzare l'impatto che le tecnologie dei big data, così come le pratiche sociali e il quadro economico ad esse collegato, possono esercitare sul concetto di salute [1]. Nel suo articolo, Rubeis introduce il concetto di "salute liquida", mutuando dal sociologo Zygmunt Bauman la metafora della "liquidità" e individuando come responsabile di questo processo di "liquefazione" il capitalismo della sorveglianza. L'ipotesi centrale è che, sebbene le tecnologie digitali in ambito sanitario possano risultare

vantaggiose per gli utenti, **il quadro economico di riferimento (il capitalismo della sorveglianza) mette a rischio la realizzazione della personalizzazione delle cure e dell'empowerment del paziente, le due grandi promesse della svolta digitale.** Per comprendere l'ipotesi che avanza Rubeis, dobbiamo però prima fare un passo indietro e approfondire due concetti che sono alla base della sua teoria: la metafora della "liquidità" di Bauman e il concetto di capitalismo della sorveglianza.

Salute liquida e capitalismo della sorveglianza

Prima dell'era moderna, le attività economiche erano per lo più confinate all'interno di una comunità locale circoscritta, inserite nel contesto di istituzioni locali e regolate da norme comunemente accettate. Le relazioni di potere erano quindi in gran parte legate al tempo e allo spazio, e il potere economico poteva essere esercitato in un'area chiaramente definita e limitata. **Con l'avvento dell'era moderna, grazie al progresso scientifico e tecnologico, il potere economico ha potuto trascendere i limiti imposti dallo spazio e dal tempo divenendo "extraterritoriale",** cioè non più legato a uno spazio chiaramente definito e controllato. Per avere più chiaro questo concetto, pensiamo alle tecnologie di telecomunicazione e di trasferimento digitale dei dati. Bauman sostiene che la modernità liquida sia caratterizzata dall'emancipazione dalle solide restrizioni spaziali e temporali, dalla dissoluzione di norme, istituzioni, relazioni sociali e comunità, e individua come forza trainante di tale trasformazione l'attuazione di politiche neoliberiste [2]. La "liquefazione" è prima di tutto un processo di privatizzazione e di individualizzazione: allontana l'individuo dai legami sociali e istituzionali. Si realizza, dunque, **un processo di desolidarizzazione che instaura un tipo di individualismo consumistico basato sulla scelta e sulla responsabilità individuale.** Nonostante Bauman, nella sua analisi della modernità liquida, si concentri su cinque aree (emancipazione, individualità, tempo/spazio, lavoro e comunità), Rubeis ritiene che, considerate le trasformazioni prodotte dalle tecnologie digitali in sanità, **anche la salute dovrebbe essere considerata una delle aree interessate dal processo di "liquefazione".**

Se per Bauman la forza che ha trasformato la nostra società in una società liquida era il neoliberismo, per Rubeis, invece, la forza trainante del processo di "liquefazione" che interessa in modo specifico la salute è il "capitalismo della sorveglianza". Shoshana Zuboff, che ha coniato questo termine, definisce il capitalismo della sorveglianza come "un nuovo ordine economico che sfrutta l'esperienza umana come materia prima per pratiche commerciali segrete di estrazione, previsione e vendita" [3]. In questa nuova forma di sfruttamento, i dati assumono un ruolo centrale. Zuboff afferma che, acquisendo le nostre informazioni personali, le grandi compagnie informatiche (Google, Amazon, Meta, Apple, Microsoft) possono tracciare le nostre attività quotidiane e influenzare i nostri comportamenti. Queste pratiche hanno riguardato finora principalmente i nostri

dati personali, ma possono riguardare (e in realtà già riguardano ampiamente) anche quella categoria particolare dei dati personali che sono i dati sanitari. Un esempio eclatante è stata l'acquisizione da parte di Google dei dati sanitari di milioni di pazienti statunitensi, rivelata da un'inchiesta del Wall Street Journal nel 2019 [4]. **Nell'era del capitalismo della sorveglianza anche la salute diviene "liquida".** Rubeis identifica quindi diversi aspetti della salute interessati da questo processo di "liquefazione" che includono i concetti di salute e malattia, e il cambiamento dei ruoli e delle relazioni che ruotano attorno alla salute e all'assistenza sanitaria.

mHealth e concetto di salute

Nella medicina moderna i dati hanno svolto da sempre un ruolo fondamentale. L'approccio ai dati proprio della digital health risulta, però, differente rispetto a quello "classico" per tre motivi: (i) i dati sono raccolti ed elaborati su una scala molto più ampia, (ii) l'approccio della *digital health* è particolarmente incentrato sui dati sanitari individuali e utilizza in modo combinato i dati provenienti da analisi genomiche o dal monitoraggio di parametri fisiologici e i dati comportamentali e ambientali, (iii) i dati sono utilizzati sempre più frequentemente a scopo predittivo.

Nel contesto della *mobile health*, con l'aumento dell'utilizzo dei dati a scopo predittivo, il rischio è quello che il confine tra salute e malattia diventi "liquido".

La possibilità di una raccolta di dati costante e ubiquitaria, rendendo la salute oggetto di costante attenzione, dissolve i confini tra salute e malattia. La salute diventa qualcosa di cui essere sempre consapevoli, sempre presente, uno stato fragile costantemente in pericolo, perennemente a rischio.

In un contesto in cui la salute è sempre più una questione di costante sorveglianza, automonitoraggio e autogestione e in cui la responsabilità della propria salute è attribuita al comportamento e alle decisioni individuali, la cura di sé potrebbe trasformarsi in paura.

Nel quadro economico del capitalismo della sorveglianza, la costante raccolta ed elaborazione dei dati genera anche un considerevole surplus per le aziende coinvolte. Nonostante nella percezione comune questa sia considerata spesso una situazione win-win, da cui sia le aziende che gli utenti traggono vantaggio, le pratiche proprie del capitalismo della sorveglianza sollevano molte questioni di natura etica, tra cui: l'utilizzo dei dati sanitari individuali per scopi che esulano dall'interesse degli utenti, la massiccia intrusione nella privacy, la "datificazione" degli individui (vedi Nota) e l'ambiguità del concetto di empowerment.

Liquefazione dei ruoli in sanità

Nella narrazione dei sostenitori della *mobile health*, l'empowerment del paziente riveste un ruolo fondamentale. La partecipazione attiva degli utenti nella generazione e nella raccolta dei dati sanitari è considerata un modo per esercitare il controllo sulla propria salute in modo informato e responsabile e dovrebbe contribuire a democratizzare il rapporto medico-paziente e la medicina stessa. **In**

realità, non sempre l'impiego dei dispositivi di mHealth sembra realizzare questa idea di empowerment. Le tecnologie digitali offrono grandi opportunità per il “nudging”, la disciplina che facilita ovvero “spinge gentilmente” le decisioni delle persone verso opzioni di scelta più in linea con i loro valori, tutelando al contempo la loro libertà di scegliere [5]. Da un lato le app o soluzioni simili permettono di raccogliere in modo continuo i dati sanitari e comportamentali, dall'altro possono incoraggiare attivamente l'utente a impegnarsi in un certo comportamento o a evitarlo (*digital nudging*). Gli smartphone possono creare profili comportamentali degli utenti, integrando dati sulla salute individuale con dati geospaziali, in questo modo prevedendo e regolando le decisioni e i comportamenti degli utenti. Il nudging può essere utilizzato per motivare le persone a cambiare le loro abitudini alimentari, fare più esercizio fisico o evitare rischi per la salute come il fumo o l'alcol.

Diversi autori hanno sollevato perplessità riguardo il *digital nudging* da un punto di vista etico, soprattutto per quanto riguarda il sottile confine esistente tra un intervento diretto a ottenere un beneficio per il paziente e un intervento volto a controllarlo. Il rischio che si corre è quello di sostituire l'empowerment del paziente, che dovrebbe essere l'obiettivo delle tecnologie di mHealth, con una nuova forma di paternalismo benevolo. Utilizzando le tecnologie di mHealth, gli utenti possono acquisire conoscenze e competenze relativamente alla propria salute, ma le conoscenze e le competenze acquisite in questo modo dipendono dalle tecnologie fornite dalle aziende. **Il modo in cui queste tecnologie sono progettate plasma le conoscenze che gli utenti possono acquisire sulla propria salute,** che di conseguenza potrebbero risultare influenzate dalla volontà delle aziende di vendere prodotti, più che dal desiderio delle imprese di ottenere un beneficio per l'utente. Di conseguenza, il ruolo del medico nel guidare e consigliare il paziente risulterebbe sempre più ridimensionato da una maggiore ingerenza degli interessi commerciali delle grandi corporazioni transnazionali.

Conclusioni

Gli spunti di riflessione offerti dall'articolo di Rubeis sono molti e l'idea di una salute “liquida”, risultato delle innovazioni tecnologiche e del nuovo quadro economico del capitalismo della sorveglianza, potrebbe divenire sempre più rilevante con il passare del tempo. Le innovazioni prodotte nell'ambito della mobile health possono indubbiamente aprire scenari entusiasmanti nell'ambito della personalizzazione delle cure, negli ambiti della prevenzione, della gestione delle malattie croniche e per il miglioramento dell'efficienza e della sostenibilità dei sistemi sanitari. Allo stesso tempo, però, potrebbero aprire anche a scenari meno luminosi.

La promozione della mobile health è certamente auspicabile e potrebbe condurre a migliorare la salute della popolazione, a condizione che l'utilizzo di queste nuove tecnologie sia guidato e regolamentato da un ente che abbia come fine ultimo la

tutela della salute individuale e collettiva (il nostro Servizio Sanitario Nazionale).
In alternativa, la diffusione di queste nuove tecnologie e pratiche rischierebbe di condurre a un processo di medicalizzazione guidato da interessi commerciali.
Primo Buscemi, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Firenze

Nota:

datificazione: processo tecnologico che trasforma vari aspetti della vita sociale o della vita individuale in dati che vengono successivamente trasformati in informazioni dotate di nuove forme di valore anche economico. Fonte: Treccani. https://www.treccani.it/vocabolario/datificazione_%28Neologismi%29/

Bibliografia

- [1] Rubeis G. Liquid Health. Medicine in the age of surveillance capitalism. Soc Sci Med. 2023 Apr;322:115810. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115810. Epub 2023 Feb 25. PMID: 36893505.
- [2] Bauman Z. Modernità liquida. Gius. Laterza & Figli Spa; 2012.
- [3] Zuboff, S., & Schwandt, K. (2019). The age of surveillance capitalism: the fight for a human future at the new frontier of power. Profile Books.
- [4] Copeland R. WSJ News Exclusive | Google's 'Project Nightingale' Gathers Personal Health Data on Millions of Americans. Wall Street Journal [Internet]. 2019 Nov 11 [cited 2024 May 2]; Available from: <https://www.wsj.com/articles/google-s-secret-project-nightingale-gathers-personal-health-data-on-millions-of-americans-11573496790>
- [5] Nudge – La spinta gentile Archivi [Internet]. State of Mind. [cited 2024 May 2]. Available from: <https://www.stateofmind.it/nudge-la-spinta-gentile/>

Massime attribuite a Ippocrate



Il corpo umano è un tempio e come tale va curato e rispettato, sempre.

La natura è il medico delle malattie. Il medico deve solo seguirne gli insegnamenti.

La guarigione è legata al tempo e a volte anche alle circostanze.

Ciò che le medicine non curano, lo cura il bisturi, ciò che il bisturi non cura, lo cura il fuoco, ciò che il fuoco non cura, va reputato insanabile.

Non fare nulla a volte è un buon rimedio.

Se c'è amore per l'uomo, ci sarà anche amore per la scienza.



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

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

