



n.1-2/2025

# Bollettino

---

Ordine dei medici  
Chirurghi  
e Odontoiatri

---

Provincia  
di Perugia

7

EDITORIALE

28

PREVENIRE LA VIOLENZA NEI  
CONFRONTI DEI MEDICI  
E DEL PERSONALE SANITARIO

12

ARBOVIROSI, LE MALATTIE  
IGNORATE: BISOGNA PENSARCI  
PER DIFENDERSI!

31

MALATTIE RARE: UNA SFIDA  
GLOBALE, UNA SPERANZA  
CONCRETA

**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  
OMCEO PERUGIA  
2025-2028**

**PRESIDENTE**

Dott.ssa Verena De Angelis

**VICE PRESIDENTE**

Dott. Tiziano Scarponi

**SEGRETARIO**

Dott. Pasquale Gallo

**TESORIERE**

Dott. Andrea Donati  
(Consigliere Odontoiatra -  
Presidente CAO)

**CONSIGLIERI**

Prof.ssa Elena Bartoloni Bocci  
Dott.ssa Amalia Guglielmina Bordonì  
Dott.ssa Giulia Bucari  
Dott. Marco Caporali  
Dott.ssa Francesca Castellani  
Dott. Alvaro Chianella  
Dott.ssa Nadia Corazzi  
Dott. Stefano Cusco  
Dott.ssa Valeria D'Alessandro  
Dott.ssa Cinzia Fanfano  
Dott.ssa Claudia Giannoni  
(Consigliere Odontoiatra)  
Dott.ssa Caterina Marcucci  
Dott. Giorgio Miscetti

**COMMISSIONE ODONTOIATRI**

**PRESIDENTE**

Dott. Andrea Donati

**VICE PRESIDENTE**

Dott.ssa Claudia Giannoni

**COMPONENTI**

Dott. Omar Aberrà  
Dott.ssa Rashin Alipanah  
Dott. Leonardo Cancelloni

**COLLEGIO REVISORI DEI CONTI**

**PRESIDENTE**

Dott.ssa Flavia Ricci (Dottore Commercialista e Revisore dei Conti)

**COMPONENTI**

Dott. Alfredo Crescenzi (effettivo)  
Dott. Antonio Spadafora (effettivo)  
Dott. Nicola Tambasco (supplente)

**COMITATO REDAZIONE  
BOLLETTINO**

Dott. Tiziano Scarponi  
(Direttore responsabile)  
Dott. Marco Caporali  
Dott.ssa Cristina Cenci  
Dott. Raffaele Cerbini  
Dott.ssa Cinzia Fanfano  
Dott. Iginio Fusco Moffa

Prof. Roberto Gerli  
Dott. Alfredo Notargiacomo  
Dott.ssa Elisa Paccamiccio  
Dott. Marcello Paci  
Dott. Giuseppe Quintaliani  
Dott. Carlo Riccardi  
Dott. Massimo Sorbo  
Sig.ra Rita Micheletti  
(Segretaria di redazione)

Tel: 0755000214 / Fax: 0755153012

E-mail: [presidente@ordinemediciperugia.it](mailto:presidente@ordinemediciperugia.it)  
[bollettino@ordinemediciperugia.it](mailto:bollettino@ordinemediciperugia.it)  
[uffici@ordinemediciperugia.it](mailto:uffici@ordinemediciperugia.it)  
[odontoiatri@ordinemediciperugia.it](mailto:odontoiatri@ordinemediciperugia.it)

[segreteria.pg@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pg@pec.omceo.it)  
[www.ordinemediciperugia.it](http://www.ordinemediciperugia.it)

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.

# 0.1 Assemblea degli iscritti – 11 dicembre 2024

## Verena De Angelis

L'assemblea si apre con un saluto caloroso ai partecipanti, ringraziandoli per la partecipazione attiva e per il forte senso di appartenenza dimostrato alla comunità professionale.

Un minuto di silenzio viene dedicato ai colleghi scomparsi nell'ultimo anno in particolare a: dott. Domenico Bartolini, dott. Umberto Bigazzi, dott.ssa Simonetta Brozzi, dott. Sergio Falconi, dott. Remo Ferraguzzi, dott. Fulvio Floridi, dott. Francesco Fornetti, dott. Sandro Frillici, dott. Gelfrido Galizi, dott.ssa Lucia Gargiulo, dott.ssa Loredana Gastone, dott.ssa Ornella Giulietti, dott. Gilberto Gubbini, dott. Silvano Lalli, dott. Mauro Lodolo, dott. Piero Margiacchi, dott. Francesco Maurizi, dott. Flavio Mosci, dott. Mario Natali, dott. Giuliano Panfilì, dott.ssa Claudia Papi, dott. Augusto Pesola, dott. Enrico Giuliano Pini, dott. Angelo Gabriele Squarti Perla, dott.ssa Anna Taburni, dott. Lucio Varzi

e un ulteriore omaggio viene rivolto con profonda commozione ai medici e sanitari che hanno perso la vita in guerre e conflitti internazionali nel corso del 2024. Viene sottolineato il tragico numero record di 281 operatori umanitari uccisi quest'anno.

### Approvazione del Bilancio Preventivo 2024

Il bilancio preventivo 2024, già discusso e approvato dal consiglio e dal Presidente del Collegio dei Revisori, la Dott.ssa Pellicciari, viene presentato all'assemblea dal tesoriere, Dott. Andrea Donati. Contestualmente, viene dettagliata la situazione attuale degli Albi professionali:

- \_ Medici Chirurghi iscritti: 5647
- \_ Odontoiatri iscritti: 751
- \_ Doppie iscrizioni: 276

- \_ Persone fisiche: 6122 (2765 donne 45,16% - 3357 uomini 54,84%)
- \_ Società tra Professionisti (STP): 14
- \_ Nuovi iscritti nel 2024:
  - \_ Medici Chirurghi 98 (60 donne 61,22% - 38 uomini 38,78%)
  - \_ Odontoiatri 8 (8 donne)

Dopo la presentazione, l'assemblea approva il bilancio all'unanimità.

## RELAZIONE (sintesi)

### Rinnovo Consiglio e Ringraziamenti

Desidero ringraziarvi per la fiducia accordataci nelle recenti elezioni svoltesi lo scorso settembre. Questo mandato rappresenta per me e per tutto il Consiglio una grande responsabilità che affronteremo con dedizione, trasparenza e dialogo aperto verso tutte le voci, comprese quelle che esprimono posizioni diverse. Vorrei poi dedicare un momento a ringraziare sentitamente tutto il Consiglio direttivo uscente, i componenti del collegio dei revisori, i "Ragazzi dell'Ordine" (Milena, Rita, Antonella, Sergio e Simone) e i tutti i colleghi delle Commissioni ordinistiche che in questi anni hanno lavorato con uno spirito di squadra encomiabile, affrontando sfide di portata straordinaria.

Penso in particolare ai momenti difficili che abbiamo vissuto durante la pandemia di Covid-19, un periodo che ha messo alla prova tutti noi, non solo come professionisti ma anche come esseri umani. Il loro impegno, la loro competenza e il loro senso di responsabilità hanno permesso all'Ordine di rimanere un punto di riferimento saldo per i colleghi e per la comunità.

A loro va la mia e la nostra più profonda gratitudine. Desidero sottolineare il ruolo fondamentale che le nostre commissioni ordinistiche hanno svolto quest'anno e in questi quattro anni. Attraverso il loro lavoro, siamo riusciti a rispondere ai numerosi

quesiti e alle esigenze dei nostri iscritti. Queste commissioni rappresentano un ponte essenziale tra il Consiglio e i colleghi, un canale attraverso il quale possiamo ascoltare e dare risposte concrete ai bisogni della nostra comunità professionale.

Il loro contributo non solo ci ha permesso di affrontare temi cruciali, penso alla previdenza o alla disabilità, ma ha anche rafforzato il senso di appartenenza all'Ordine, dimostrando che il dialogo e la collaborazione sono i pilastri del nostro agire.

### Appropriatezza Prescrittiva e Sostenibilità Sanitaria

Vorrei dedicare una breve riflessione al tema dell'"appropriatezza prescrittiva", fondamentale sul piano clinico ed etico. Per me, questo principio rappresenta l'utilizzo corretto e ottimale di interventi sanitari, basato su evidenze scientifiche, esperienza clinica e buone pratiche, per garantire benefici reali ai pazienti, minimizzando rischi inutili e ottimizzando l'impiego delle nostre risorse.

Ho analizzato le criticità del SSN riportate da recenti studi (OASI, GIMBE, Agenas), tra cui:

- \_ Elevato tasso di invecchiamento della popolazione italiana, che mette a rischio la sostenibilità economica del sistema sanitario.
- \_ Mancanza di una chiara strategia organizzativa e una distribuzione inefficiente delle risorse.
- \_ Grave carenza di personale sanitario specializzato e presenza di tecnologie obsolete.
- \_ Forte disomogeneità nell'erogazione dei servizi e aumento delle liste di attesa.

Tra le proposte che ritengo necessarie per affrontare queste criticità:

- \_ Comunicare chiaramente ai cittadini le reali possibilità offerte dal sistema sanitario.
- \_ Riorganizzare in modo profondo ed efficace la rete ospedaliera e territoriale.
- \_ Introdurre contributi economici per equilibrare le spese sanitarie.
- \_ Puntare sulla rivoluzione digitale e organizzativa, migliorando efficienza e integrazione dei servizi specialistici.

L'art. 32 della nostra Costituzione recita: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"*.

Questo principio pone le basi per una visione ampia della salute: un bene personale e collettivo che necessita di politiche inclusive e partecipazione attiva da parte di tutti. Tuttavia, accanto al diritto alla salute, emerge un corollario fondamentale: il dovere di tutelarla e promuoverla.

La salute, infatti, non è solo un dono o una concessione, ma una responsabilità che coinvolge cittadini, istituzioni e società.

Il diritto si traduce nella necessità di garantire:

1. Accesso equo alle cure: Indipendentemente da reddito, genere, età o posizione geografica.
2. Sistemi sanitari di qualità: Capacità di erogare cure efficaci, basate sull'evidenza scientifica.
3. Prevenzione e promozione della salute: Investire nella prevenzione non solo riduce il carico delle malattie, ma permette anche un uso più sostenibile delle risorse sanitarie.

Riconoscere la salute come diritto comporta la sfida di garantire cure appro-

priate, evitando eccessi o carenze che potrebbero ledere l'efficacia complessiva del sistema. Sottolineo che la salute rappresenta un diritto fondamentale garantito dalla nostra Costituzione e allo stesso tempo un dovere morale individuale e collettivo:

- \_ Come diritto, la salute significa accesso universale ed equo a cure mediche di qualità, prevenzione efficace e tutela della salute pubblica.
- \_ Come dovere personale, è fondamentale adottare stili di vita sani per prevenire malattie e ridurre il carico sul sistema sanitario.
- \_ Come dovere collettivo, invito a comportamenti responsabili, quali vaccinazioni, prevenzione delle malattie infettive, diffusione della cultura sanitaria e uso responsabile delle risorse.

Le istituzioni, a mio avviso, devono promuovere politiche sanitarie integrate che uniscano prevenzione, cura e sostenibilità, assicurando equità nell'accesso alle cure.

Per conciliare appropriatezza clinica e aspettative dei pazienti ("desiderata"), si potrebbero proporre diverse strategie concrete:

- \_ Potenziamento dell'educazione sanitaria nelle scuole, con programmi integrati e il supporto di professionisti esperti.
- \_ Realizzazione di campagne informative su larga scala, tramite media tradizionali, social media ed eventi pubblici.
- \_ Organizzazione periodica di incontri, workshop e seminari per sensibilizzare e responsabilizzare direttamente i cittadini.
- \_ Uso diffuso delle nuove tecnologie digitali (app, piattaforme online) per facilitare l'educazione e il monitoraggio della salute.

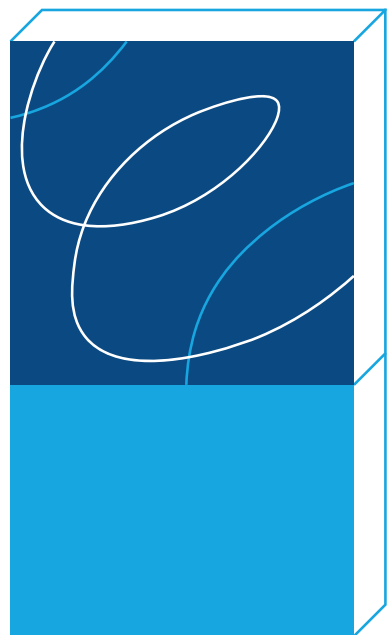
Sono consapevole che affrontare la sfida tra appropriatezza e desiderata richiederà sforzi significativi in termini di educazione sanitaria, comunicazione efficace e investimenti mirati nelle risorse umane, nelle tecnologie e nell'organizzazione territoriale.

In questo quadriennio, mi impegno a portare avanti la preziosa eredità lasciata dal precedente Consiglio e ad affrontare con entusiasmo le nuove sfide che ci attendono.

Concludo questo intervento con una citazione di Seneca, nelle lettere a Lucillo

*"Dobbiamo applicarci allo studio e avere familiarità coi maestri di saggezza per imparare i frutti delle loro ricerche e ricercare le verità non ancora scoperte.*

...  
*Ma fino a quando ignorerai che cosa si deve fuggire, che cosa ricercare, che cosa è necessario o superfluo, giusto o ingiusto, questo non sarà viaggiare, ma vagabondare. Lettera 104, 16" ricordando a tutti noi l'importanza della conoscenza e della saggezza nel guidare il futuro della nostra professione e della comunità.*



## 0.2 L'evoluzione della relazione paziente-medico di famiglia tra sviluppi della medicina e dimensioni sistemiche

**Tiziano  
Scarponi**

*Articolo pubblicato  
sulla Rivista n. 30  
"Riflessioni Sistemiche"  
di cui è stata autorizzata  
la riproduzione*

Se potessi riformare il corso di laurea in medicina e chirurgia delle Università Italiane metterei come pregiudiziale la frequenza e il superamento dell'esame in epistemologia ed ecologia.

È una questione, secondo me, anche etica in quanto si potrebbe pensare ad un approccio alla professione medica non certo libero da pregiudizi, che sappiamo essere impossibile, ma che disponga a una riflessione alla fine più profonda in un'ottica più ampia o perlomeno più consapevole. Quello della consapevolezza infatti è un vero problema perché pochi medici, soprattutto se freschi di laurea, si rendono conto di come tutto il loro lavoro poggi su un metodo che deriva da una teoria che, pur avendo riportato tantissimi risultati positivi, presenta comunque dei limiti e che potrebbe essere migliorato. I medici di famiglia sono quelli che per primi si rendono conto dei

limiti del metodo da loro appreso e mi riferisco all'approccio riduzionista in cui le malattie dei vari organi ed apparati sono studiate escludendo l'osservazione di tutto l'intero. Per molti arrivano le crisi, i sospetti e la convinzione che quella presunta quasi infallibilità che ti avevano millantato era irrealista o quanto meno inverosimile. E a proposito di 'tutto l'intero', per cominciare ti trovi di fronte alla persona nella sua totalità e cioè ti trovi a dover gestire sintomi senza malattie, diagnosi non accettate, terapie mai iniziate o sospese dopo poco il loro inizio, ma soprattutto ti rendi conto che la malattia come quadro nosografico che ti hanno insegnato, di fatto è una categoria stabilita per convenzione, e spesso tutti quei sintomi che ti vengono proposti non trovano una giusta collocazione, misurazione, incasellamento. Ti trovi pertanto come Palomar (Calvino 1983)

che vorrebbe trovare la giusta dimensione per ogni onda del mare, ma ti rendi conto che è un'impresa impossibile e perciò ti si presenta un bivio: andare avanti solo con il metodo che ti hanno insegnato mettendo in conto anche un probabile burnout, oppure guardarti meglio intorno e cercare di capire se esistono nuovi orizzonti o nuovi strumenti che portino a un altro metodo, a un'altra epistemologia. Senza dubbio aprire l'orizzonte comporta un certo sforzo, comporta mettersi in discussione e un certo grado di umiltà. Vuol dire prima di tutto mettersi nello stato d'animo di ascoltare, di provare a capire chi ti sta davanti. Vuol dire mettersi in "relazione". È giusto sottolineare come molti medici di famiglia ci riescano senza averne coscienza: è come se un meccanismo di autogoverno mediato da un principio di realtà e da un pragmatismo generato dall'esperienza si metta in moto, per cui alla fine in tanti riescono, o meglio riuscivano e poi dirò il perché, a stabilire una connessione funzionale con i propri pazienti che permetta di accompagnarli lungo un percorso di cura.

Ho coniugato il verbo 'riuscire' al tempo imperfetto in quanto nella mia lunga attività di quasi mezzo secolo ho assistito a diversi cambiamenti della medicina di famiglia. Quando ho iniziato a lavorare, alla fine degli anni '70, l'età media dei pazienti era molto più bassa, si ammalavano di solito di una sola patologia e quando questa diventava cronica non c'erano poi tanti rimedi, presidi o tecnologie che permettessero opzioni terapeutiche risolutive, soprattutto farmacologiche. Nella nostra borsa da medico avevamo pochi farmaci efficaci e nei casi più gravi spesso la nostra attività terapeutica consisteva nell'accompagnare per mano, non solo metaforicamente, il nostro paziente sino a miglior vita. È arrivata poi una diagnostica tecnologica sempre più sofisticata. Farma-

ci innovativi che hanno di fatto mutato il volto di molte patologie, e tecniche chirurgiche sempre più precise e meno invasive. Tutto questo ha portato un cambiamento sia a livello dei pazienti che della cultura e della pratica medica. L'età media dei nostri pazienti è infatti molto aumentata e questi presentano un grado di comorbidità, vale a dire più malattie contemporaneamente, per cui è impossibile una gestione autarchica del paziente, non solo da parte della Medicina Generale, ma anche da parte dello stesso specialista. Infatti anche la specialistica è cambiata. Pensiamo per esempio a come è stata smembrata la cardiologia: aritmologia, emodinamica, cardiologia d'urgenza, cardiologia in imaging, cardiologia dello scompenso e senza dubbio ne dimentico qualcuna. L'essere umano pertanto non è solo stato smembrato in tanti organi ed apparati, ma un organo stesso è stato smembrato in tante sue malattie.

Come ha reagito e sta reagendo la medicina in generale e la medicina di famiglia in particolare di fronte a questa evoluzione? Purtroppo male, secondo me, e la recente pandemia da Coronavirus ha ulteriormente peggiorato la situazione. Non è certo possibile fare qui un'analisi approfondita sulle cause di questa evoluzione. Oltre a quelle di cui si è già parlato ce ne sono altre. Sandro Spinsanti (Spinsanti 2010) dice che mai come in questi ultimi venti anni si sono sbriciolate le fondamenta del modello ippocratico su cui si fondava l'atteggiamento dei pazienti verso il medico. Molti sono i motivi di questo grande cambiamento. L'informazione scientifica (o presunta tale) alla portata di tutti, l'influenza dell'industria farmaceutica sulle scelte del medico, talvolta anche a scapito dell'interesse del malato; l'aziendalizzazione della sanità basata su una logica di mercato e di risparmio, talvolta contrabbandata per appropriatezza rispetto al principio di benevolenza, intendendo con ciò il

tagliare delle prestazioni che sarebbero necessarie per il bene del paziente, ma che per problema di "budget" vengono dichiarate superflue.

Tutte queste "innovazioni" hanno determinato una perdita di fiducia del cittadino paziente nei confronti della Medicina e dei medici. Intanto i mass media non fanno che proporre un'idea onnipotente della scienza e del progresso medico-scientifico. La combinazione tra sfiducia e aspettative di onnipotenza a volte dà luogo a episodi di aggressività. Chi dovrebbe, in un certo qual modo, poter tamponare questo disorientamento sarebbe la Medicina Generale in quanto primo attore delle Cure Primarie e pertanto sempre a diretto contatto con la popolazione. Ma il problema è che ad essere in crisi e disorientata è proprio la medicina generale, da sempre anello debole della catena assistenziale.

I motivi di questa crisi sono molteplici.

Il medico di famiglia si trova schiacciato dalla sempre crescente burocrazia, teoricamente imposta con l'obiettivo di salvaguardare il servizio sanitario pubblico. Pensiamo alle continue note AIFA che dichiarano la gratuità di certi farmaci in base a dei criteri, o ai piani terapeutici che impongono sempre la gratuità di taluni farmaci dopo che uno specialista ne abbia certificato in modo documentale su modello ministeriale la necessità terapeutica. (Questo può dar luogo a conflitti con il medico, e anche tra pazienti che confrontano trattamenti diversi: per es. l'AIFA stabilisce che l'alendronato, farmaco per l'osteoporosi, sia gratuito per chi ha avuto già una frattura, e a pagamento per chi è sì a rischio, ma non si è ancora fratturato).

Altro problema e fonte di conflitto con il paziente è il rispetto dei tetti di spesa, vale a dire rientrare nel parametro di spesa media per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche, tetto assegnato ad ogni medico di famiglia in

base al numero dei pazienti a suo carico, per cui se lo superi perdi degli incentivi: tradotto in linguaggio semplice hai una riduzione dello stipendio.

Il conflitto, poi, si è molto acuito con il grande sviluppo tecnologico della medicina e con la iperspecializzazione che mette in difficoltà il medico di famiglia nel prendere decisioni cliniche dovendo molto spesso fronteggiare sintomi e problemi posti dai pazienti di difficile inquadramento dove linee guida e "evidence based medicine" non rappresentano molto spesso la risoluzione dei problemi, ma al contrario un ulteriore problema. Si fa presto a parlare, infatti, di medicina basata sull'evidenza che altro non è che la documentata efficacia di quel rimedio in base alle sperimentazioni cliniche controllate in doppio cieco, ma la vita reale e il paziente reale difficilmente rientrano nei protocolli di inclusione della sperimentazione. Spesso prendersi cura di un soggetto significa dover percorrere strade non segnate, mappe mai disegnate dove l'unica bussola che ti orienta è la tua esperienza e le "storie" che ti vengono raccontate e che spesso non coincidono con le linee guida e i percorsi diagnostici terapeutici standardizzati per tutti.

Sino a non tanto tempo fa il paziente esponeva un problema al proprio medico, si concertava insieme se fosse un vero problema di salute e venivano prospettate delle opzioni: la possibile risoluzione presso di lui, la scelta di un consulente specialista cui inviarlo, la scelta di un ricovero ospedaliero. Così andava il mondo! Veniva moralmente sottoscritto un contratto con il cittadino e il più delle volte con tutta la sua famiglia; iniziavi un percorso condiviso fatto a tappe, con momenti di concertazione, di discussione talvolta anche animata e, quasi sempre senza rendersene vicendevolmente conto, si dava vita ad una co-costruzione che poggiava essenzialmente sulla relazione. Ora ci troviamo di fronte a una

situazione molto complicata. Da un lato abbiamo un paziente che presume di sapere più o meno quasi tutto; spesso un paziente ancora sano ma con diversi fattori di rischio di patologie per cui prioritario sarebbe un intervento sugli stili di vita; oppure soggetti affetti da pluripatologie che necessitano di un approccio complesso multidisciplinare molto spesso ipertecnologico da un punto di vista diagnostico e terapeutico, cui il medico di Medicina Generale non è più in grado di dare risposte esaustive.

A quale futuro andrà incontro la Medicina Generale con questi presupposti? Difficile dare risposte certe anche perché in questo momento tutta la medicina territoriale è in corso di ristrutturazione. Il PNRR alla missione n.6 (AGENAS 2022) prevede infatti l'attuazione del cosiddetto DM70 che è poi stato completato con il DM77, il quale ridisegna in modo molto particolareggiato tutto il Distretto Sanitario Territoriale. Colloca i medici di medicina generale nelle varie articolazioni (a ciclo di scelta, continuità assistenziale) nelle cosiddette Case di Comunità (CCP) siano esse hub o spoke che dovrebbero garantire le Cure Primarie h24. È prevista pertanto la scomparsa del singolo ambulatorio del medico di famiglia in favore della sua aggregazione non più solo funzionale, ma anche strutturale. Soprattutto nelle CCP hub è prevista la dotazione di tecnologia diagnostica e la presenza di specialisti e infermieri in grado di supportare le cure primarie nell'assistenza a cittadini che si rivolgono in modo diretto e inappropriato al Pronto Soccorso degli ospedali.

Il problema che rimane aperto è quello se il medico di famiglia debba passare ad un rapporto di dipendenza con il SSN o possa rimanere un libero professionista se pure in convenzione. Altro problema se il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale che forma i futuri medici di famiglia debba diventare una specializzazione universitaria o debba

restare in carico alle regioni che chi più o chi meno sino ad ora lo hanno appaltato al sindacato di categoria maggiormente rappresentativo.

**Tutto quanto non è un problema di poco conto.**

1. Il medico di famiglia ha sempre basato la sua azione attraverso una concertazione continua con il paziente cercando di mediare la soggettività di questo con quello che prevede la "scienza" per la cura. Per fare questo, spesso è obbligato a compiere delle scelte soggettive che mal si conciliano con i dettami della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM) e peggio ancora con i limiti economici imposti dalla aziendalizzazione della sanità.

2. Sempre più si parla della evoluzione verso la "liquidità" della nostra società che scorre su valori diversi da quelli che vigevano sino a pochi decenni fa. Oramai si sta passando da una medicina dei bisogni a quella dei desideri con una direzione verso una medicina dell'impossibile (Callahan 2000) che aumenta aspettative dei pazienti talora rivendicate anche in modo violento.

3. Sino a poco tempo fa l'ambulatorio del medico di famiglia era un presidio ad accesso libero, senza appuntamento, spesso nello stesso quartiere o nella piccola frazione del comune di residenza. La pandemia, il cambio generazionale e la scarsità dei medici e la nuova organizzazione prevista dal Dm77 ha già cambiato o faranno cambiare tutto questo con l'accesso per appuntamento, in strutture non prossime ai vari cittadini soprattutto se vivono nei piccoli comuni.

4. L'università potrà formare i nuovi specialisti in Medicina Generale, ma l'ossimoro resterà comunque e non credo che l'Università con la sua visione riduzionista e specialistica comporti dei guadagni dal punto di vista formativo.

5. Il passaggio alla dipendenza è possibile che faccia ulteriormente perdere la fisionomia del rapporto fiduciario ad personam e uno sbilanciamento a favore del terzo pagante che richiede prestazioni standardizzabili e non personalizzati.

6. L'accesso a maggior tecnologia potrebbe portare a quella che io chiamo "deriva prestazionale", vale a dire mettersi in concorrenza con gli specialisti a colpi di sonda dell'ecografo o del doppler?

Non è semplice la risoluzione di tutti questi punti interrogativi: una prima risposta dovrà essere quella di un passaggio ad una Medicina di Comunità vera in cui si dovrà far capire alla gente quali siano i veri problemi invece che promuovere una medicalizzazione della vita. Si tratta di una vera sfida perché mettere in atto le proprie capacità cliniche nei confronti di una persona nella sua interezza fisica e relazionale non ce lo ha mai insegnato nessuno. E si tratta anche di andare al di là della relazione solo col paziente, ma di dar vita a una collaborazione di gruppo tra colleghi non solo medici ma anche con tutti gli altri attori con cui non siamo abituati al confronto.

Un Servizio Sanitario può essere visto come un sistema complesso, costituito da più parti tra loro interagenti, che come un essere vivente deve essere capace di adattamento e automantenimento. Il sistema è continuamente sottoposto a stimoli e perturbazioni che arrivano dall'esterno in modo del tutto caotico e imprevedibile. Essi possono alterarne una qualsiasi parte, la cui eventuale sofferenza si ripercuoterà su tutto il sistema, costringendolo a cercare di autoregolarsi per far fronte ai problemi emergenti di volta in volta. E non sempre questo è facile o immediato. La recente pandemia da Covid 19 ne è stato un esempio paradigmatico: la crisi della medicina del territorio ha determinato

una crisi di tutto il Servizio Sanitario Nazionale. Al tempo stesso è emerso come, a fronte della emergenza pandemica, abbiano risposto meglio le aree dove la medicina di territorio era abbastanza attiva, rispetto invece a sistemi regionali incentrati su strutture ospedaliere anche di eccellenza.

Concludo dicendo che la medicina generale potrà mantenere la sua grande importanza nella gestione della sanità territoriale a condizione che rafforzi sempre più di fronte ad un pericolo di deriva ipertecnologica e prestazionale il proprio ruolo di prossimità. Un ruolo di protagonista nell'ascolto empatico e nel saper guidare il PROPRIO paziente nel labirinto attuale nel suo percorso di cura. La vera ricetta resta quella di saper coniugare competenza clinica e relazionale secondo le migliori regole dell'approccio complesso, integrandosi con la realtà specialistica e ospedaliera.

## Bibliografia

1. Callahan D. 2000, La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna. Dalai Editore Milano
2. Calvino I., 1983, Palomar, Einaudi Torino

## Sitografia

1. AGENAS 2022 <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2099-missione-6-salute-pnrr-in-gazzetta-il-dm-77-siglati-i-contratti-istituzionali-di-sviluppo>
2. Spinsanti S. 2010 <https://sandrospinsanti.eu/book/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente/>

## 0.3 Arbovirosi, le malattie ignorate: bisogna pensarci per difendersi!

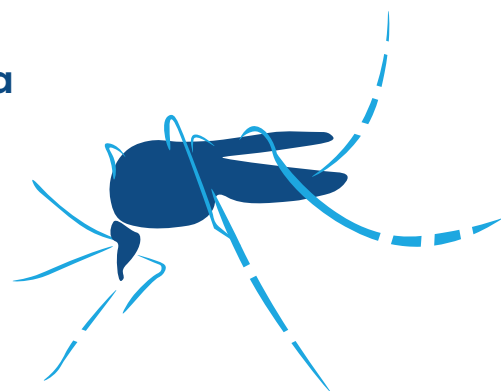
Dania Bucchi

Andrea Pellacchia

Maddalena Arcelli

Igino Fusco Moffa

UOC Igiene e Sanità Pubblica  
USL Umbria 1



Le arbovirosi sono zoonosi causate da virus trasmessi da vettori artropodi (arthropod-borne virus), tramite puntura di zanzare, zecche e flebotomi, che interessano sia l'uomo che gli animali. Ad oggi, si contano oltre 100 virus classificati come arbovirus in grado di causare malattia nell'uomo<sup>1</sup>. Sebbene molte di queste infezioni siano spesso asintomatiche o associate a quadri sintomatologici simil-influenzali (lievi stati febbrili e malessere generalizzato), in alcuni casi, soprattutto nelle persone anziane e nei soggetti fragili, possono causare problemi di salute, anche gravi<sup>2</sup>.

### Perché parlarne ora?

Le arbovirosi costituiscono un importante problema di sanità pubblica: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno causino oltre 1 mi-

liardo di casi nell'uomo ed 1 milione di decessi, rappresentando circa il 17% dei casi totali di malattie trasmissibili<sup>3</sup>. Negli ultimi anni, la crescente globalizzazione e il modificarsi delle condizioni climatiche e ambientali, hanno causato l'importazione e la riproduzione nel territorio di nuove specie di vettori e agenti patogeni provenienti da altri Paesi; parallelamente, si è verificata un'espansione dell'area di distribuzione di artropodi indigeni, che ha contribuito alla propagazione di infezioni dapprima confinate a zone limitate. L'insieme di questi fattori sta inevitabilmente conducendo alla necessità di controllare e affrontare, in modo sempre più sistematico, la diffusione delle arbovirosi<sup>2</sup>, che dovrebbero sempre essere considerate nella diagnosi differenziale in caso di storia di viaggio all'estero o in presenza di nota diffusione sul territorio nazionale<sup>1</sup>.

Figura  
Arbovirosi soggette a sorveglianza speciale in Italia

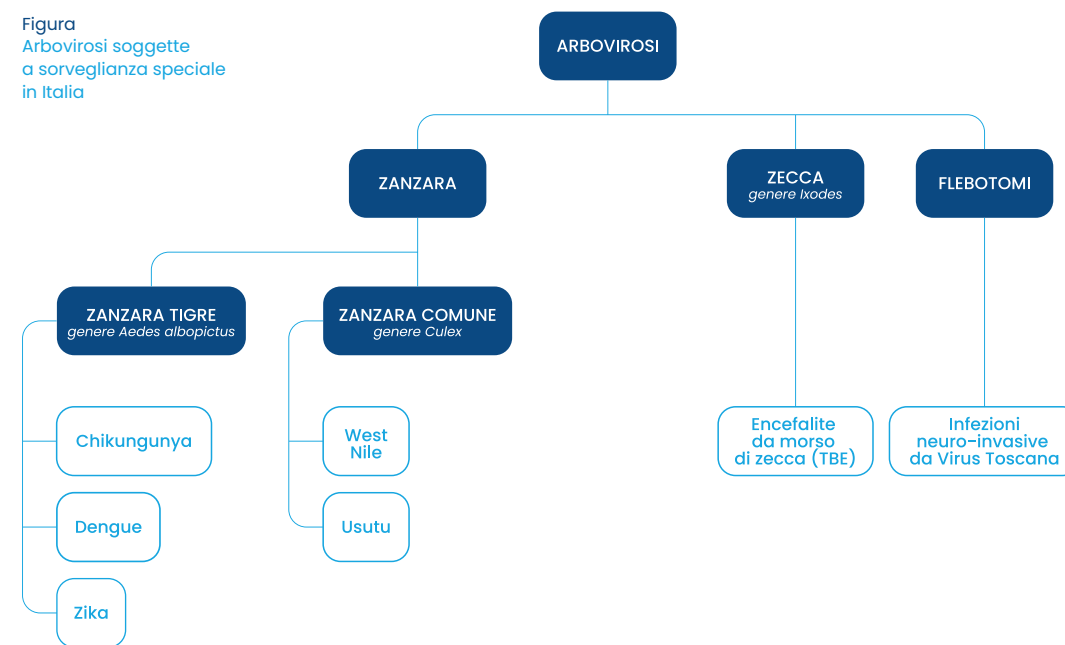


Tabella 1  
Casi 2024  
in Italia

Nel 2024 sono stati segnalati in Italia 1.321 casi complessivi, di cui 817 autoctoni, come da tabella seguente (Tab.1)<sup>1</sup>.

\*dati aggiornati al 17 dicembre 2024  
\*\*dati aggiornati al 30 ottobre 2024

ARBOVIRUS	N. CASI TOT.	N. CASI IMPORTATI	N. CASI AUTOCTONI
Dengue*	693	480	213
Chikungunya*	15	15	0
Zika*	7	7	0
West Nile**	460	0	460
Usutu**	6	0	6
TBE*	50	2	48
Toscana*	90	0	90

### Quali specie di zanzare sono maggiormente coinvolte?

In Italia, gli arbovirus possono essere causa di infezioni sia importate sia autoctone, trasmesse da diversi vettori presenti sul nostro territorio, tra cui le zanzare.

La *Aedes Albopictus*, o zanzara tigre, è oggi considerata una delle principali specie invasive nel nostro Paese, responsabile del contagio di Dengue, Chikungunya e Zika, che hanno come ospite principale l'uomo. La sua presenza stagionale dipende da vari fattori, tra cui la temperatura: il normale ciclo di sviluppo varia da 3 a 8 settimane, ma si

Le femmine necessitano di un *pasto di sangue* per maturare le uova e possono pungere più volte durante la loro vita, che dura circa 4 settimane. Le uova, resistenti alla siccità e al freddo (anche fino a -10°), possono schiudersi in pochi giorni o settimane. Vengono deposte principalmente da aprile a ottobre e, nelle Regioni più calde, anche fino a dicembre, poco al di sopra della superficie dell'acqua, come ad esempio su pareti di tombini e piccoli recipienti con acqua. *A. Albopictus* può volare attivamente per circa 200 metri e può essere introdotta in nuove aree attraverso il trasporto passivo e accidentale delle sue uova (per esempio negli pneumatici) o degli adulti all'interno di mezzi di trasporto.

Caratteristiche simili, per quanto riguarda i siti di deposizione delle uova e il ciclo biologico, mostra la *Culex*, zanzara comune responsabile di Febbre West Nile e Usutu. A 30°C le uova si schiudono dopo un giorno, a 20°C dopo tre giorni e a 10°C in dieci giorni, mentre al di sotto dei 7°C lo sviluppo embrionale non può essere completato. Le larve possono essere trovate da metà primavera fino alle prime gelate, e diventano adulte in poche settimane a seconda della temperatura (6-7 giorni a 30°C, 21-24 giorni a 15°C). Si nutrono di una varietà di ospiti vertebrati, tra cui uccelli ed equidi, che rappresentano il principale serbatoio virale<sup>4</sup>.

### Come si presentano?

Le malattie virali trasmesse dalle zanzare, come Dengue, Chikungunya, Zika, West Nile e Usutu, possono decorrere in maniera asintomatica o dare sintomi simil-influenzali aspecifici, fino a gravi quadri neurologici.

1. **Dengue:** normalmente dà luogo a febbre nell'arco di 5-6 giorni dalla puntura di zanzara, con temperature anche molto elevate. La febbre è accompagnata da cefalea, dolori peri- e retro-or-

bitari, trombocitopenia, artromialgie, nausea e vomito, diarrea, rash cutaneo diffuso, che può comparire dopo 3-4 giorni dall'insorgenza della febbre. I sintomi tipici sono spesso assenti nei bambini<sup>5</sup>. In alcuni casi, la malattia può diventare grave, portando a condizioni come la febbre dengue emorragica e la sindrome da shock dengue<sup>6</sup>.

2. **Chikungunya:** dopo un periodo di incubazione variabile (in media 3-7 giorni, fino a un massimo di 12), si manifestano improvvisamente febbre e artromialgie, tali da limitare o impedire i movimenti dei pazienti (da cui deriva il nome *chikungunya*, che in lingua swahili significa "ciò che curva" o "contorce"). Altri sintomi includono mal di testa, astenia e rash cutaneo. La maggior parte dei pazienti si riprende completamente, tuttavia, in alcuni casi il dolore alle articolazioni può persistere per mesi o anche anni. Occasionalmente sono state segnalate complicanze oculari, neurologiche, cardiache e gastrointestinali<sup>7</sup>.

3. **Zika:** si stima che nell'80% dei casi l'infezione sia asintomatica. I sintomi, quando presenti, sono simili a una sindrome influenzale autolimitante, della durata di circa 4-7 giorni, a volte accompagnata da rash maculo-papulare, artralgie, mialgie, cefalea e congiuntivite. Compaiono a distanza di circa 3-13 giorni dalla puntura e raramente è necessario il ricovero in ospedale. Nelle regioni colpite dall'infezione è stato anche osservato un aumento dei casi di sindrome di Guillain-Barré e un aumento delle nascite di bambini con microcefalia congenita<sup>8</sup>.

4. **West Nile:** il periodo di incubazione va dai 2 ai 14 giorni, ma può essere anche di 21 giorni nei soggetti con deficit del sistema immunitario. La maggior parte delle persone infette non mostra sintomatologia. Circa il 20% presenta sintomi leggeri: febbre, mal di testa, nausea, vomito, linfadenopatia, rash cutaneo, della durata di pochi giorni (in rari

casi qualche settimana). Nei soggetti fragili la sintomatologia può essere anche grave. I sintomi più importanti si presentano in meno dell'1% delle persone infette e comprendono febbre alta, cefalee intense, astenia, disorientamento, tremori, disturbi alla vista, torpore, convulsioni, fino alla paralisi e al coma.

Alcuni effetti neurologici possono essere permanenti. Nei casi più gravi (circa 1 su mille) il virus può causare un'encefalite letale<sup>9</sup>.

5. **Usutu:** Il quadro clinico presenta sintomi sovrapponibili alla Febbre West Nile e include rash, febbre, ittero e, nelle forme gravi, encefalite<sup>10</sup>.



Per la diagnosi differenziale la Decisione di Esecuzione 2018/945 della Commissione Europea fornisce le definizioni di caso, basati su criteri clinici, epidemiologici e laboratoristici (Tab. 2 e 3)<sup>3</sup>.

Tabella 2  
Criteri diagnostici e classificazione di caso di Dengue, Chikungunya e Zika

	DENGUE (DENV)	CHIKUNGUNYA (CHIK)	ZIKA (ZIKV)
	CRITERI DIAGNOSTICI		
CLINICO	Dengue classica. Qualunque persona che presenti: febbre e almeno 2 dei seguenti sintomi: nausea, vomito, dolore oculare o retro-orbitale, cefalea, esantema cutaneo maculo-papulare, mialgia, artralgie. Sono segni predittivi di dengue grave: dolore addominale o dolorabilità, vomito persistente, accumulo di fluidi, sanguinamento dalle mucose, letargia, ingrossamento del fegato, irrequietezza. Dengue grave. Dengue con uno qualsiasi dei seguenti sintomi: grave fuoriuscita plasmatica che porta a shock o accumulo di liquidi con difficoltà respiratoria; grave sanguinamento; o grave insufficienza d'organo come transaminasi elevate $\geq 1000$ UI / L, alterazione della coscienza o insufficienza cardiaca.	Esordio acuto di febbre e poliartralgia grave (tale da limitare le normali attività quotidiane), in assenza di altre cause.	Una persona che presenta esantema cutaneo, con o senza febbre e almeno uno dei seguenti segni o sintomi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- artralgia</li> <li>- mialgia</li> <li>- congiuntivite non purulenta/ iperemia.</li> </ul>

Test di laboratorio per caso probabile:  
 - presenza di anticorpi di tipo IgM anti-DENV in un unico campione di siero.  
 Test di laboratorio per caso confermato (almeno uno dei seguenti):  
 - isolamento virale da campioni biologici prelevati entro 7 giorni dalla comparsa dei sintomi;  
 - identificazione di acido nucleico di DENV o dell'antigene virale in campioni biologici;  
 - identificazione di anticorpi di tipo IgM anti-DENV in un unico campione di siero E conferma con test di neutralizzazione;  
 - sierconversione da un titolo negativo a positivo o incremento di 4 volte del titolo anticorpale per anticorpi specifici anti-DENV in campioni consecutivi (ad almeno 14 giorni l'uno dall'altro) e conferma mediante neutralizzazione.

\*I risultati dei test sierologici devono essere interpretati considerando eventuali precedenti esposizioni

Esordio acuto di febbre e poliartralgia grave (tale da limitare le normali attività quotidiane), in assenza di altre cause.  
 Test di laboratorio per caso probabile:  
 - presenza di anticorpi di tipo IgM anti-CHIKV in un unico campione di siero.  
 Test di laboratorio per caso confermato (almeno uno dei seguenti):  
 - isolamento virale effettuato su campioni clinici prelevati entro 7 giorni dalla comparsa dei sintomi;  
 - identificazione di acido nucleico del CHIKV in campioni clinici;  
 - sierconversione da un titolo negativo a positivo, o incremento di 4 volte del titolo anticorpale per anticorpi specifici anti-CHIKV in campioni consecutivi (ad almeno 14 giorni l'uno dall'altro);  
 - identificazione di anticorpi di tipo IgM anti-CHIKV in un unico campione di siero e conferma con test di neutralizzazione.

Test di laboratorio per caso probabile:  
 rilevamento di anticorpi IgM specifici per ZIKV nel siero  
 Test di laboratorio per caso confermato (almeno uno dei seguenti):  
 - identificazione dell'acido nucleico di ZIKV da un campione clinico;  
 - identificazione dell'antigene del ZIKV in un campione clinico;  
 - isolamento del ZIKV da un campione clinico;  
 - identificazione di anticorpi IgM specifici verso il ZIKV in 1 o più campioni di siero e conferma mediante test di neutralizzazione;  
 - sierconversione o aumento di quattro volte del titolo di anticorpi specifici per ZIKV in due campioni successivi di siero e conferma mediante test di neutralizzazione.

Storia di viaggio o residenza nelle 2 settimane precedenti in un'area con trasmissione documentata e sostenuta di Dengue.

Storia di viaggio o residenza, nelle 2 settimane precedenti, in un'area con documentata trasmissione di Chikungunya.

- Anamnesi riportante un'esposizione in un'area con trasmissione di ZIKV nelle due settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi, o  
 - Contatti sessuali con un caso confermato di infezione da ZIKV nei 3 mesi (uomo), o 2 mesi (donna) precedenti  
 - Contatti sessuali con una persona che abbia soggiornato in un'area con trasmissione da ZIKV nei 3 mesi (uomo) o 2 mesi (donna) precedenti

## CLASSIFICAZIONE DI CASO

Persona che soddisfa il criterio clinico ed epidemiologico.

Persona che soddisfa il criterio clinico ed epidemiologico.

Persona che soddisfa il criterio clinico ed epidemiologico.

Qualsiasi persona che soddisfi sia i criteri di caso possibile che i criteri di laboratorio per caso probabile.

Qualsiasi persona che soddisfi sia i criteri di caso possibile che i criteri di laboratorio per caso probabile.

Qualsiasi persona che soddisfi sia i criteri di caso possibile che i criteri di laboratorio per caso probabile.

Persona che soddisfa almeno uno dei criteri di laboratorio per caso confermato.

Persona che soddisfa almeno uno dei criteri di laboratorio per caso confermato.

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per caso confermato.

Tabella 2  
 Criteri diagnostici e classificazione di caso di West Nile e Usutu

	WEST NILE	USUTU
	CRITERI DIAGNOSTICI	
CLINICO	Qualsiasi persona che presenti febbre o almeno una delle seguenti manifestazioni cliniche: - encefalite; - meningite a liquor limpido; - poliradicolo-neurite (simil Guillain-Barré); - paralisi flaccida acuta.	Qualsiasi persona che presenti febbre o almeno una delle seguenti manifestazioni cliniche: - encefalite; - meningite a liquor limpido; - poliradicolo-neurite (simil Guillain-Barré); - paralisi flaccida acuta.
LABORATORIO*	Test di laboratorio per caso probabile: - Risposta anticorpale IgM specifica al WNV nel siero; Test di laboratorio per caso confermato (almeno uno dei seguenti): - isolamento del WNV nel siero, nelle urine e/o nel liquor; - identificazione dell'acido nucleico del WNV nel sangue, nelle urine e/o nel liquor; - risposta anticorpale specifica al WNV (IgM) nel liquor; - titolo elevato di IgM WNV e identificazione di IgG WNV nel siero e conferma mediante neutralizzazione.	Test di laboratorio per caso probabile: - Risposta anticorpale IgM specifica all'USUV* nel siero; Test di laboratorio per caso confermato (almeno uno dei seguenti): - isolamento dell'USUV nel siero, nelle urine e/o nel liquor; - identificazione dell'acido nucleico dell'USUV** nel sangue, nelle urine e/o nel liquor; - risposta anticorpale specifica all'USUV (IgM)** nel liquor; - titolo elevato di IgM USUV* e identificazione di IgG USUV nel siero e conferma mediante neutralizzazione.
	*I risultati dei test sierologici devono essere interpretati considerando eventuali precedenti esposizioni	
	CLASSIFICAZIONE DI CASO	
POSSIBILE	Non applicabile.	Non applicabile.
PROBABILE	Persona che soddisfa il criterio clinico ed il criterio di laboratorio per caso probabile.	Persona che soddisfa il criterio clinico ed il criterio di laboratorio per caso probabile.
CONFERMATO	Persona che soddisfa almeno uno dei criteri di laboratorio per caso confermato.	Persona che soddisfa almeno uno dei criteri di laboratorio per caso confermato.

\*\*N.B: non disponibili in commercio test molecolari e per la rilevazione di IgM specifiche per la diagnosi di USUV: si raccomanda l'invio dei campioni ai Laboratori di Riferimento per l'esecuzione di saggi in house eventualmente disponibili.

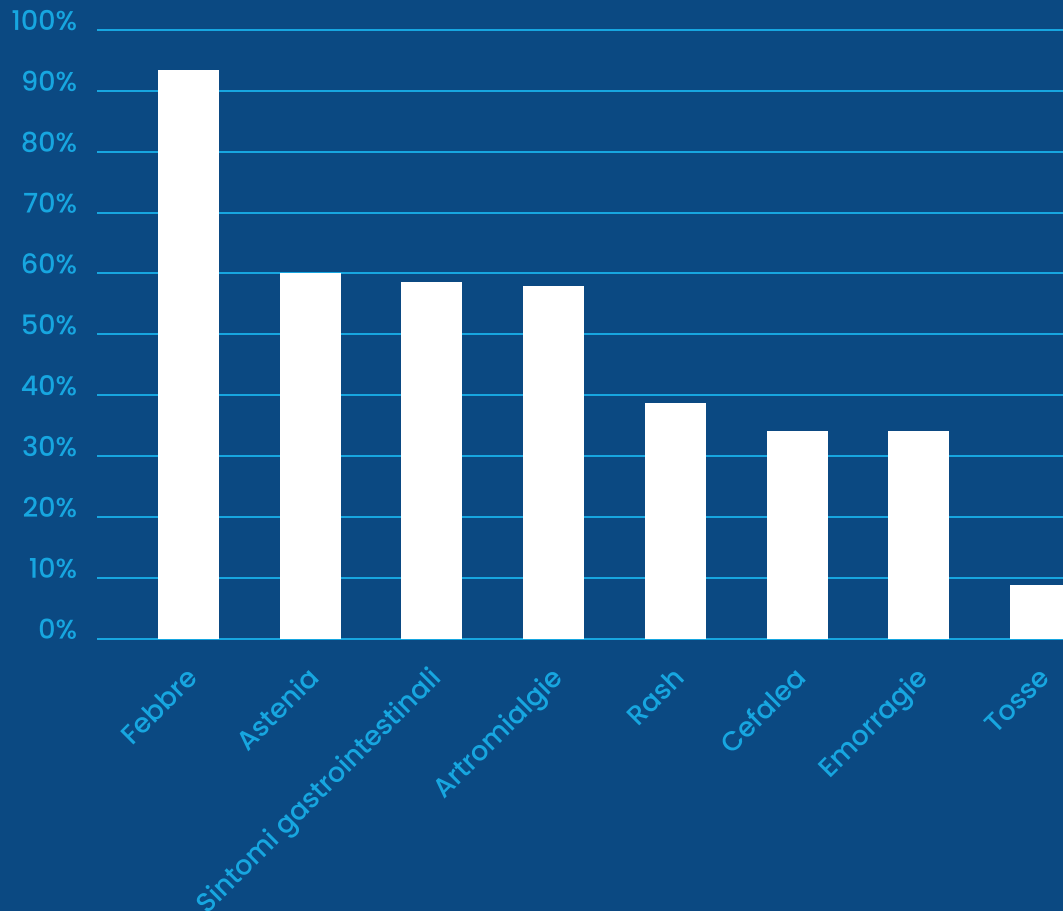
## Dengue: il caso di Fano

Nel settembre 2024 si è verificata a Fano la più importante epidemia autoctona di Dengue mai registrata in Italia, con un totale di 86 casi confermati (causati dal ceppo DENV-2). Di questi, tutti sintomatici, 61 erano casi di febbre Dengue, 21 di Dengue con warning signs e nessuno

di Dengue severa. I sintomi riscontrati con maggior frequenza sono stati febbre, astenia e disturbi gastrointestinali; solo nel 38% dei casi si è manifestato rash cutaneo (Grafico 1). Trombocitopenia, leucopenia e ipertransaminasemia sono stati rilevati in tutti i casi.

I dati riportati sottolineano l'importanza di considerare la Dengue non solo come una malattia importata, ma anche di testare rapidamente tutti i pazienti con quadri clinici suggestivi, anche in assenza di una storia di viaggi.

### MANIFESTAZIONI CLINICHE



## Come difenderci da Dengue, Chikungunya e Zika?

I viaggi internazionali verso aree in cui è documentata la circolazione endemica dei virus responsabili di Dengue, Chikungunya e Zika, comportano il rischio di importazione di casi di queste malattie. Pertanto, è cruciale mettere in campo una strategia preventiva sinergica e integrata, che preveda misure di sorveglianza entomologica, di contrasto alla proliferazione delle zanzare e di sorveglianza sanitaria.

A tal fine, è necessario che i Comuni, su proposta e con il supporto del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, perseguano in modo puntuale l'attività di **riduzione della popolazione dei vettori** su suolo pubblico, avvalendosi, laddove presente, di personale interno o di imprese del settore. Infatti, nel periodo di maggiore attività vettoriale (da maggio a ottobre, estendibile ad aprile e novembre a seconda dell'andamento stagionale), devono essere previsti in attività ordinaria trattamenti larvicidi nelle raccolte di acqua non eliminabili e nei potenziali focolai larvali (caditoie, tombini stradali, canali, fossati, etc).

Oltre all'attività su suolo pubblico, l'azione preventiva di riduzione dei vettori deve prevedere, più di ogni altra cosa, un forte impegno dei cittadini nella corretta gestione delle aree ad uso privato, mediante un'attenta attività di educazione e coinvolgimento nella rimozione dei ristagni d'acqua e nell'uso dei trattamenti larvicidi. Per la tossicità ambientale e per il rischio di insorgenza di resistenze ai piretroidi, i trattamenti adulticidi nelle pertinenze esterne pubbliche e private, devono essere riservati a situazioni contingibili ed urgenti di emergenza sanitaria (notifica di malattia infettiva da Dengue/Chikungunya/Zika) e in casi straordinari, come in presenza di elevata densità del vettore in siti sensibili (ospedali, strutture residenziali protette, ecc.).

Inoltre, nella strategia preventiva dei casi di infezione di Chikungunya, Dengue e Zika virus, è fondamentale la **sorveglianza sanitaria**, che deve essere attiva per tutto l'anno, al fine di individuare tempestivamente i casi sospetti d'importazione, ovvero persone sintomatiche che nei quindici giorni precedenti l'esordio della sintomatologia hanno soggiornato in un Paese dove tali malattie sono endemiche o epidemiche. Nei periodi di attività del vettore, la sorveglianza dovrà essere inoltre potenziata, per permettere l'adozione immediata delle misure necessarie di controllo. Pertanto, va posta particolare attenzione in presenza di soggetti con sintomatologia clinica e/o complicanze (ad esempio di tipo neurologico) potenzialmente compatibili per Dengue/Chikungunya/Zika virus, anche in persone che non hanno viaggiato in aree endemiche, al fine di riconoscere eventuali casi o cluster autoctoni, qualora fosse sfuggito alla diagnosi il caso indice. È inoltre importante che le persone si informino sulla presenza di queste malattie prima di partire per un viaggio internazionale, allo scopo di proteggersi adeguatamente e si rivolgano prontamente al proprio medico se dovessero comparire sintomi sospetti al rientro. Al riguardo si ricorda che è attivo presso entrambe le Aziende USL regionali, il Centro di Medicina del Viaggiatore e Profilassi internazionale a cui rivolgersi per consulenze pre-viaggio e per le misure preventive da adottare<sup>12,13</sup>.

In presenza di un caso, anche solo sospetto, verrà attivato entro 24 ore dalla segnalazione un **Protocollo Straordinario** di disinfestazione, che prevede tre interventi sinergici: trattamento adulticida, trattamento larvicida e rimozione dei focolai larvali, da eseguire anche all'interno delle aree private, previo specifico sopralluogo e accurata indagine ambientale delle aree da disinfestare.

L'area da disinfestare, in relazione alla segnalazione di caso singolo, corrispon-

de, di norma, a un cerchio di raggio pari ad almeno 100 m dall'abitazione e da altri luoghi dove la persona infetta ha soggiornato. Tale protocollo potrà essere interrotto, prima della conclusione delle attività previste, in caso di esito negativo degli accertamenti di laboratorio sul caso sospetto.

### Quale è il *take home message*?

I professionisti della Sanità Pubblica devono considerare le arbovirosi trasmesse da zanzare tra le malattie stagionali attese in Italia. Acquisire consapevolezza di queste malattie è cruciale per prevenirne la trasmissione e mitigare il loro impatto nella popolazione. L'identificazione tempestiva dei casi, anche senza collegamenti con i paesi endemici, è un aspetto critico a cui dare priorità, per mettere immediatamente in atto le misure di controllo previste e limitare il contagio (casi qualche settimana). Nei soggetti fragili la sintomatologia può essere anche grave.



### Bibliografia

1. DGR n. 669 del 10.07.2024 "Piano di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi della Regione Umbria 2020- 2025 – Adozione"
2. Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025
3. Santilli, Luca et al. "Outbreak of autochthonous dengue in Fano, Pesaro-Urbino Province - Marche region, Italy, September 2024." *Infection*, 10.1007/s15010-025-02476-1. 30 Jan. 2025, doi:10.1007/s15010-025-02476-1

### Sitografia

1. <https://www.epicentro.iss.it/arbovirosi/>
2. <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/related-public-health-topics/disease-vectors/facts/mosquito-factsheets/culex-pipiens>
3. <https://www.epicentro.iss.it/febbre-dengue/>
4. <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue>
5. <https://www.epicentro.iss.it/chikungunya/>
6. <https://www.epicentro.iss.it/zika/>
7. <https://www.epicentro.iss.it/westnile/>
8. <https://www.cdc.gov/usutu/symptoms-diagnosis-treatment/index.html>
9. <https://www.uslumbria1.it/servizio/vaccinazioni-internazionali-centro-di-medicina-del-viaggiatore-e-profilassi/>
10. <https://www.uslumbria2.it/servizi/medicina-del-viaggiatore>

## 0.4 Determinanti commerciali della salute

**Benedetto Saraceno**

Articolo scaricato dalla rivista opensource la "SaluteInternazionale" <https://www.saluteinternazionale.info/>

**Se i Determinanti Sociali della Salute fanno capire i meccanismi attraverso cui le disuguaglianze influiscono sulla salute delle persone, i Determinanti Commerciali della Salute indicano come il profitto di pochi minacci la salute di molti.**

Nel 2016, in un articolo apparso su *Lancet*, Ilona Kickbush per la prima volta definiva un differente tipo di determinanti della salute: "Definiamo determinanti commerciali della salute quelle prospettive e quelle strategie utilizzate dal settore privato per promuovere prodotti e scelte che sono nocivi per la salute" (1). **Nel corso degli anni, la nozione di Determinante Commerciale della Salute (DCdS) si è venuta precisando.** Secondo la Organizzazione Mondiale della Salute i DCdS sono tutte quelle attività del settore privato che hanno un impatto negativo o positivo sulla salute (2). La differenza con i Determinanti Sociali della Salute (DSdS) è sottile e probabilmente artificiale, ma è utile mantenere una distinzione fra le due nozioni in quanto i **DSdS sono condizioni macroscopiche e complesse riconducibili a una molteplicità di fattori e di respon-**

**sabilità politiche (si pensi alla povertà o alla mancata scolarità) mentre i DCdS sono fattori più circoscritti e riconducibili a responsabilità più definite e identificabili.** In altre parole, se lottare contro la povertà è un vasto programma con implicazioni sociali, economiche e politiche macroscopiche e complesse, lottare contro l'uso nocivo del tabacco, dell'alcol o del junk food, presuppone interlocutori e controparti più definibili e definiti così come anche azioni più mirate e specifiche. Diciamo che le politiche neoliberali tipiche del capitalismo avanzato sono responsabili delle disuguaglianze sociali ma che è più difficile identificare una ben definita controparte, mentre nel caso degli alimenti o delle sostanze nocive per la salute umana, le controparti hanno nome e cognome.

**Non c'è dubbio, tuttavia, che la questione sia più complessa di come qui viene sintetizzata,** in quanto è anche vero che molte politiche neoliberali possono avere controparti definite (pensiamo alla industria della deforestazione in Amazonia) così come è vero che la identificata multinazionale dell'alcol o del tabacco agisce e prospera anche grazie ad una rete complessa e meno definibile di sostegni, alleanze e complicità.

In conclusione, se i Determinanti Sociali della Salute fanno capire i meccanismi attraverso cui le disuguaglianze plasmano e costruiscono e decostruiscono la salute delle persone, i Determinanti Commerciali della Salute fanno capire come il profitto di pochi minacci la salute di molti.



**Il settore privato, e i più in specifico quello agro-alimentare, influenza l'ambiente sociale, fisico e culturale, sia attraverso azioni dirette di business sia attraverso interventi sociali indiretti.** Il ventaglio di tali strategie è ampio e va dalle grandi catene di distribuzione dei prodotti al disegno dei loro contenitori, dagli investimenti nella ricerca alle sistematiche azioni di lobbying. Secondo la Kickbush (1) i canali di azione del settore privato sono fondamentalmente quattro:

\_il marketing che promuove la desiderabilità e la accettabilità di prodotti nocivi alla salute;

\_le azioni di lobbying che cercano di frenare o interrompere le barriere messe in atto dalle autorità regolatorie;

\_la messa in atto di politiche di "corporate social responsibility" che servono a illudere il grande pubblico circa un presunta responsabilità sociale degli stessi produttori di prodotti nocivi;

\_la massiccia e progressiva estensione delle catene di distribuzione.

**McKee e Stuckler (3) identificano ulteriori canali di azione, diversi da quelli enunciati dalla Kickbush.** Secondo questi autori tali canali sono: i) influenzare e ridefinire la narrazione dominante; ii) stabilire le regole che la società utilizza per regolare il commercio; iii) trasformare la conoscenza in prodotto commerciale; iv) minacciare i diritti politici, sociali e economici.

Analizziamo più da vicino le quattro azioni identificate da McKee e Stuckler.

\_ La ridefinizione della narrazione implica le strategie orientate a minare le conoscenze scientifiche a proposito dei prodotti nocivi alla salute e l'uso dei mass media per instillare il dubbio sulla loro effettiva nocività. Accanto a questo intervento di critica delle evidenze scientifiche, il settore privato tenta di convincere le autorità, i medici e il pubblico del fatto che, comunque, il consumo di sostanze nocive alla salute è un affare privato, un affare dei singoli che, nel pieno esercizio della loro libertà personale, scelgono di fumare, di bere alcol o di consumare grassi insaturi o zuccheri. Tuuttavia, abbiamo ampia letteratura che ci dice che tale libertà di scelta è una illusione: le persone più vulnerabili e fragili (inanzitutto i bambini e gli adolescenti) sono le più esposte al consumo di sostanze nocive, così come le persone che per ragioni sociali ed economiche hanno minore capacità di scelta e discernimento. Il dibattito sulla libera scelta è antico e vede scontrarsi, da un lato i difensori della salute pubblica e

dall'altro i difensori della presunta libera scelta dei cittadini di consumare quello che vogliono senza che lo stato (da loro definito "nanny" ossia bambinaia) stabilisca regole allo scopo di proteggerli. Tale rivendicazione di libertà non solo nasconde gli interessi di profitto dei produttori che vogliono scongiurare i rischi di ogni regolamentazione ma soprattutto è profondamente infondata. Disponiamo di una imponente massa critica di studi epidemiologici che hanno ampiamente dimostrato che la libertà dei poveri è una libertà fortemente indebolita e il loro consumo di sostanze nocive spesso non è una scelta ma piuttosto è l'unica opzione.

\_L'intervento sulle azioni regolatorie, consiste, invece, nell'impiego massiccio di esperti, ricercatori ed economisti messi al servizio della ridefinizione di nuove regole che attutiscano il potere regolatorio e consentano al settore privato maggiori gradi di autonomia di azione.

\_La trasformazione della conoscenza in merce, è la strategia che ritroviamo in tutti i tentativi di promuovere e difendere regole inflessibili per la protezione dei brevetti dei farmaci o dei vaccini.

\_Infine, la minaccia ai diritti (politici, sociali e economici) si esplicita in tutte quelle azioni che cercano di ridurre gli investimenti pubblici nella prevenzione (prevenzione sia del consumo delle sostanze nocive sia delle malattie indotte da quelle sostanze) e più in generale di diminuire l'azione regolatoria del pubblico così da lasciare la materia della salute a una privatizzazione selvaggia, senza regole e senza autorità regolatorie.

**Tutte queste strategie hanno un impatto negativo sulla salute, ben evidenziabile dall'impressionante aumento della obesità, del diabete di tipo 2, delle malattie cardiovascolari, dei tumori, degli incidenti stradali e dei comportamenti violenti.** Ricordiamo la drammatica crescita della mortalità dovuta a malattie

non-trasmissibili che si stima nel 74% di tutta la mortalità globale (6).

## Che fare

**Sarebbe facile limitarsi ad affermare che si fa troppo poco per contrastare l'azione nefasta dei DCdS,** ma il vero problema è che, poco o tanto che si faccia, la rapace aggressività delle multinazionali dell'agro-alimentare conquista ogni giorno più terreno e esercita un controllo impressionante su esponenti della politica, ministri e organismi regolatori. Ad oggi soltanto ventinove paesi (ossia il 12% della popolazione mondiale) hanno adottato strategie efficaci di proibizione della pubblicità al tabacco; secondo il JAMA Network (4) **durante la ultima settimana del marzo 2020, in piena pandemia COVID 19, le vendite di alcol negli Stati Uniti sono aumentate del 262%.** Malgrado, o forse grazie alla pandemia, l'espansione dell'industria dell'alcol è stata impressionante. Nel 2017 negli Stati Uniti, le multinazionali della birra hanno incrementato del 60% gli investimenti in nuove forme di pubblicità attraverso i social media.

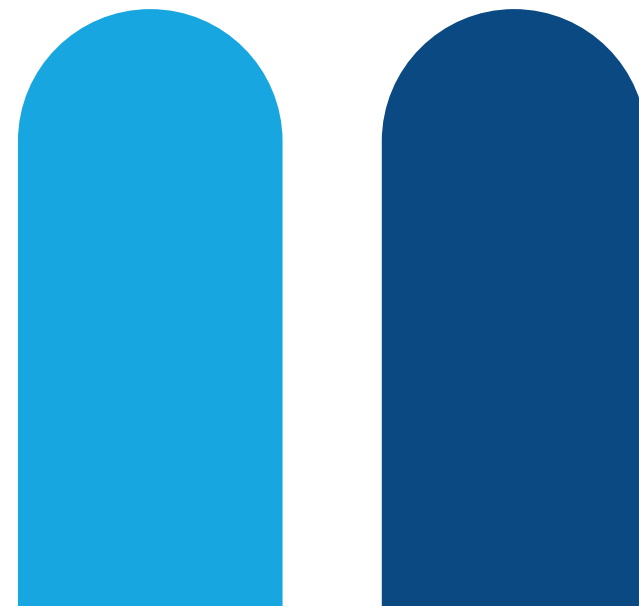
**L'OMS cerca di promuovere l'uso di strumenti fiscali per diminuire l'impatto negativo di sostanze nocive per la salute** e cerca di interagire con il settore privato attraverso un gruppo consultivo sulla governance del settore privato nonché attraverso approcci programmatici e trattati, come è il caso della convenzione della OMS sul controllo del tabacco. Inoltre, l'OMS ha avviato un nuovo programma d'azione sui determinanti economici e commerciali della salute con quattro obiettivi: rafforzare le evidenze; sviluppare strumenti per contrastare i determinanti commerciali; convocare partenariati e dialogo; aumentare la consapevolezza e l'advocacy. **Si ha tuttavia la netta impressione che questi** lodevoli sforzi restino senza effetti signifi-

lodevoli sforzi restino senza effetti significativi e questa drammatica disparità fra il potere pervasivo del “for profit against health” e la buona volontà dei militanti della salute pubblica, metta in evidenza, ancora una volta, le grandi questioni morali, politiche e tecniche sollevate dalla commistione fra business, logiche economiche e salute pubblica. Vi è un progressivo inquinamento del discorso e delle azione della Salute Globale dovuto alla crescente influenza di logiche economiche e di interessi commerciali (5).

Tale stato di cose impone un serio dibattito su questioni che non sono solo etiche ma anche politiche e tecniche, questioni che richiedono chiare scelte di campo e una intensa attività di “diplomazia della salute”. Si tratta infatti di costruire quel dialogo fra “agenda economica” (spesso inevitabile) e la “agenda di salute pubblica”. La cosiddetta “Health Diplomacy” consiste in quella concertazione fra spinte economiche spesso promosse dagli stessi paesi poveri (si pensi a economie basate esclusivamente sulla produzione di sostanze nocive per la salute: a Cuba, ad esempio, lo zucchero, il tabacco e l’alcool) e spinte verso il miglioramento della salute pubblica. Una stretta collaborazione fra globale/politico e locale/tecnico è indispensabile perché oggi c’è un urgente bisogno “di comprendere e riformare la natura patogena del rampante mercato capitalistico” (6).

#### Bibliografia

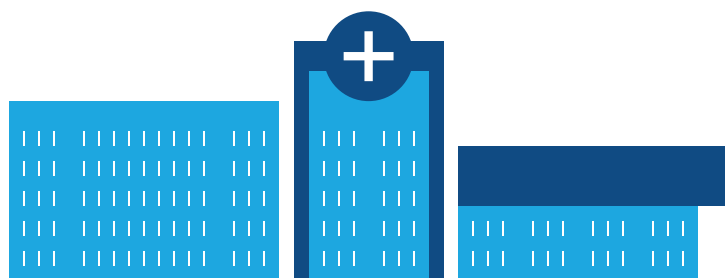
1. Kickbush I, Allen L, Franz C. (2016). The commercial determinants of health. Lancet. Volume 4, Iss. 12, e895–e896, December 01. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)
2. World Health Organization. Commercial Determinants of Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>. WHO, Geneva, 2022.
3. McKee M, Stuckler D. (2018). Revisiting the Corporate and Commercial Determinants of Health. Am J Public Health. Sep;108(9):1167–1170.
4. Pollard MS, Tucker JS, Harold Green D. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. JAMA Netw Open. 2020;3(9): e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen
5. Saraceno B. (2022). Equità, OMS e Bill Gates. Salute Internazionale 26 maggio.
6. Lee K. (2023). Advancing the commercial determinants of health agenda. 401. January 7. 16-17.



# 0.5 Prevenire la violenza nei confronti dei medici e del personale sanitario

Tiziano Scarponi

Questo è il testo del mio intervento tenuto il 12 marzo nella Giornata contro la Violenza nei Confronti dei Sanitari presso l'Assessorato della Salute della Regione Umbria



Senza dubbio quello della violenza nei confronti dei medici e degli operatori sanitari in genere è un capitolo di un libro più grande da un probabile titolo: "La violenza della società contemporanea". Non ritengo opportuno in questa sede affrontare il problema da un punto di vista sociologico impegnandomi in riflessioni sulla crisi valoriale, sulla liquidità nel senso di Bauman della nostra società. Certo per chi come me è nato negli anni '50 fare un confronto su quello che era nell'immaginario collettivo la figura del medico e quello che attualmente è, rubando un'espressione all'attore Troisi mi viene da dire: "Non ci resta che piangere".

Fermarsi agli amarcord naturalmente non è produttivo per cui si impone una riflessione realistica su come affrontare il problema cercando di indicare come potrebbe realizzarsi una sensibilità posi-

tiva coinvolgendo le parti civili e le istituzioni della nostra comunità.

È scontato innanzitutto che i medici e il personale sanitario debbano prevedere nella loro formazione il come gestire le situazioni di conflitto e di stress. Una buona comunicazione con i pazienti riduce le tensioni e i motivi di conflitto, ma in questo devono essere supportati in primis dalle istituzioni sanitarie stesse e dai colleghi.

Già! Il rispetto dei codici deontologici porterebbe tanti frutti...quante volte chi arriva per secondo si permette in presenza dei pazienti e dei suoi parenti valutazioni, definiamole azzardate, sull'operato di chi era arrivato per primo dimenticando che un quadro clinico va giudicato in quel contesto e con quell'esame obiettivo in quel preciso momento? Quanto giocano turni di servizio massacranti, il tempario imposto alle visite mediche

come se si trattasse di una produzione industriale...ma l'aziendalizzazione della sanità questo ha comportato.

Do per scontata tutta la riflessione in merito alle cosiddette zone rosse in cui più frequentemente si verificano gli episodi di violenza, spesso drammatica nei nostri confronti. Mi riferisco ai reparti di pronto soccorso, all'emergenza del 118, ai centri di salute mentale.

Noi, come ordine dei medici di Perugia, riceviamo diverse segnalazioni da parte di giovani colleghe che svolgono l'attività di Continuità Assistenziale, Guardia Medica tanto per intenderci, nelle sedi periferiche in delle realtà quasi rurali e abbastanza isolate. Queste hanno paura di fare il turno da sole per cui arruolano fidanzati o amiche per aumentare il proprio grado di sicurezza, forse...basterebbe dotare tutte le postazioni di videocitofoni, di aumentare l'illuminazione nell'accesso della sede e nel parcheggio della vettura per cui chiediamo da tempo una ricognizione su tutte le postazioni di guardia medica, soprattutto in quelle più a rischio. Dotare magari le colleghe di dispositivi che permettano un contatto in tempo reale con le forze dell'ordine e altri accorgimenti di deterrenza sarebbero auspicabili ma veniamo però all'obiettivo del nostro intervento.

La società è cambiata è vero. E come dice Sandro Spinsanti "mai come in questi ultimi venti anni si sono sbriciolate le fondamenta del modello ippocratico su cui si fondava l'atteggiamento dei pazienti verso il medico" e senza dubbio una delle cause è da ricercarsi al fatto che si è passati da una medicina dei bisogni a quella dei desideri con una direzione verso una medicina dell'impossibile che aumenta le aspettative dei pazienti in modo incontrollabile e irragionevole.

Come possibile invertire la rotta di questa deriva? Quali potrebbero essere le azioni e le alleanze che dovremmo stringere per supportarci e per promuovere

una cultura di rispetto e comprensione? Pare ovvia una *liaison* con i giornalisti e con tutti coloro che gestiscono i media che troppo spesso più o meno inconsapevolmente alimentano il livore nei nostri confronti. Eppure soprattutto in Umbria dovremmo ricordare come ormai nel lontano 11 gennaio 1995 venne sottoscritta dagli Ordini dei Medici, dei Giornalisti e degli Psicologi dell'Umbria la Carta Perugia, dal titolo Informazione e Malattia, con 13 articoli di cui ritengo opportuno citare l'articolo n. 2 e n. 7 che recitano rispettivamente:

**Articolo 2:** L'informazione e la divulgazione devono contenere tutti gli elementi necessari a non creare false aspettative nei malati e negli utenti, e devono essere distinte in maniera evidente e inequivocabile da ogni possibile forma di pubblicità sanitaria.

**Articolo 7:** È impegno comune la non diffusione di informazioni che possano provocare allarmismi, turbative ed ogni possibile distorsione della verità.

Alla luce di questo come si giustificano articoli dal titolo come: "Terrore in sala parto!" o "Asportato il rene sano" scritti a caratteri cubitali sulle civette delle edicole?

Altrettanto ovvia dovrà essere una *liaison* con l'ordine degli avvocati. Mi dicono che nei pressi del pronto soccorso dei grandi ospedali "bivaccano", è il verbo giusto, avvocati o soggetti mandati dagli studi legali che contattano i pazienti che manifestano lamentale sulle cure ricevute, per informarli sulla eventuale possibilità di denunciare alla magistratura i colleghi ai fini di un risarcimento. Tanto non costa nulla! dicono. Che dire poi degli annunci sulle radio e sui social del tenore: "Pensi di essere stato danneggiato dall'operato dei sanitari? Contattaci che pensiamo noi a tutto!". Nessuno nega che ci possano essere degli errori che danneggiano e che debbano

essere risarciti, ma se quasi il 90% delle cause finisce con l'archiviazione perché il reato non esiste dovrebbe essere motivo di profonda riflessione.

Quale potrebbe essere una strategia per un'alleanza con questi professionisti? Senza dubbio poter frequentare **dei corsi di formazione congiunti**. Stabilire degli obiettivi comuni facendo capire che pur non essendo loro degli organi sussidiari dello stato svolgono comunque funzioni di interesse pubblico, come la formazione e la disciplina dei professionisti iscritti che devono operare nel rispetto delle leggi e delle normative nazionali.

Sarebbe possibile concordare insieme campagne di sensibilizzazione al problema. Far capire che tutto il Sistema Salute è un sistema e come tale composto da diverse parti e la messa in crisi di una parte si riverbera su tutto il sistema. Far capire che l'attuale scarsità di risorse umane in tutto il Servizio Sanitario Nazionale è in parte dovuto ad una mancanza di programmazione sull'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia e alle scuole di formazione delle professioni sanitarie, ma una parte considerevole è dovuta all'esodo continuo dalla attività pubblica, sia per uno scarso riconoscimento economico rispetto alle responsabilità da assumere ed anche a il dover lavorare in continua difficoltà rispetto alle richieste non sempre razionali e plausibili. Ritornando a parlare di alleanze con le patti civili della comunità, senza dubbio fondamentale è l'alleanza con i cittadini, con i pazienti, con i malati. Non esiste oramai malattia che non abbia la propria associazione e che non sia in qualche modo rappresentata. Mi riferisco alle associazioni iscritte nel registro unico del terzo settore, organizzazioni di volontariato che nella loro mission prevedono l'assistenza nel percorso di cura e la promozione della prevenzione della malattia sia primaria, secondaria che terziaria. E' mia conoscenza ed esperienza partecipativa persona-

le in queste organizzazioni e posso dire che rappresentano un momento tipico per orientare e informare sui concetti di aderenza alle cure, sui limiti della medicina e sui suoi aspetti etici.

Quasi tutte prevedono al loro interno un comitato scientifico fatto da medici ed altre figure sanitarie che oltre ad aggiornarli da un punto di vista sulle nuove possibilità di cura offerte dai servizi e dai nuovi farmaci, oltre a supportarli nelle rivendicazioni dei loro diritti potrebbero anche ricordargli i loro doveri.

Potrebbero essere organizzati dei forum di dialogo creando degli spazi di dialogo fra sanitari e cittadini, ascoltando la loro voce e affrontare insieme i problemi che emergono reciprocamente. Cercare di far capire quale sia lo stato d'animo di un medico o di un infermiere che ha subito un'aggressione, come questo incida poi sul suo prendersi cura e sul suo modo di impegnarsi nel lavoro.

Far capire anche il perché si crei il problema della medicina difensiva come risposta ai continui attacchi cui siamo sottoposti, con l'aumento delle prescrizioni di accertamenti diagnostici che vanno ad intasare le liste di attesa a scapito della attività di prevenzione, con aumento della spesa totale che dicono si aggiri intorno al 10%. La chiave per prevenire la violenza quindi è un approccio integrato e collaborativo, dove ogni parte si sente responsabile e impegnata nel promuovere un ambiente sicuro e rispettoso. Così facendo, possiamo assicurare che i medici e tutti i sanitari possano concentrarsi sulla loro missione principale: offrire cure di qualità ai pazienti.

## 0.6 Malattie rare: una sfida globale, una speranza concreta

Raffaele  
Cerbini

Prese singolarmente le malattie rare colpiscono un numero limitato di persone; tuttavia, esse rappresentano una sfida significativa per la medicina moderna perché, nonostante la loro rarità, nel complesso interessano circa 400 milioni di individui in tutto il mondo.

La diagnosi precoce, l'accesso ai farmaci orfani, la medicina di precisione e lo sviluppo di terapie innovative ed avanzate sono elementi fondamentali per migliorare la qualità della vita dei pazienti e per offrire loro nuove speranze, ed a questo proposito la ricerca scientifica deve essere sempre in prima linea.

La **diagnosi precoce** è un elemento cruciale per le malattie rare ed è sempre una corsa contro il tempo. Molto spesso i sintomi possono essere del tutto aspecifici o simili a quelli di altre patologie più

comuni, rendendo difficile la diagnosi. Il ritardo diagnostico può comportare gravi conseguenze per i pazienti, come la rapida progressione della malattia, la perdita di varie funzionalità dell'organismo e la conseguente e drammatica riduzione dell'aspettativa di vita.

Negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli progressi nella diagnostica delle malattie rare grazie allo sviluppo di test genetici e di imaging avanzati. Tuttavia, continua ad essere necessario un forte impegno di sensibilizzazione di tutta la classe medica, delle istituzioni e della politica sull'importanza della diagnosi precoce e per garantire un accesso equo ai test diagnostici.

Attualmente in tutti i nati in Umbria lo screening si esegue su 49 malattie metaboliche; non sono incluse diverse malattie lisosomiali e neuromuscolari

e gli spot di sangue vanno tutti all'IRC-CS pediatrico Meyer di Firenze. Per fare un esempio ancora più preciso, al Marzo 2025 vi sono solo 13 regioni italiane (e l'Umbria non è tra queste) in cui è attivo lo screening neonatale per l'atrofia muscolare spinale, una malattia rara per la quale proprio lo screening neonatale e la conseguente e tempestiva terapia mirata sono elementi decisivi per la vita o la morte del paziente.

La concreta speranza terapeutica per molti malati rari è rappresentata dai **farmaci orfani**, ovvero quei medicinali sviluppati proprio per il trattamento delle malattie rare. A causa del numero limitato di pazienti, spesso le aziende farmaceutiche hanno avuto scarsi incentivi a investire nella ricerca e sviluppo di questi farmaci. Per incentivare la ricerca e produzione di tali farmaci nel tempo sono stati introdotti importanti incentivi normativi, ma, nonostante ciò, l'accesso ai farmaci orfani rimane una sfida per molti pazienti. I costi elevati e le procedure di approvazione complesse possono limitare l'accesso a questi farmaci salvavita.

La **medicina di precisione** è un approccio sempre più diffuso per il trattamento e la prevenzione delle malattie che tiene conto della variabilità individuale nei geni, e dell'ambiente e dello stile di vita di ogni persona, consentendo di prevedere con maggiore accuratezza quali strategie di trattamento e prevenzione per una particolare malattia avranno i migliori risultati. Questo approccio è pertanto specularmente all'approccio "one-size-fits-all", in cui le strategie di trattamento e prevenzione delle malattie sono sviluppate per vaste popolazioni.

Ci sono tre pilastri per la medicina di precisione, che si applicano estremamente bene al settore delle malattie rare: 1) identificare il bersaglio/la muta-

zione che causa una malattia; 2) identificare i farmaci in grado di modificare/bloccare gli effetti della mutazione e 3) curare i pazienti, monitorando gli esiti della malattia.

In questo scenario le **terapie avanzate** (come la terapia genica e la terapia somatica cellulare) rappresentano il presente ed il futuro della medicina per le malattie rare perché mirano a correggere le cause genetiche delle malattie oppure a ripristinare le funzioni cellulari danneggiate.

Semplificando al massimo, la terapia genica consente di rimpiazzare un gene mutato (e che quindi causa la malattia) con un una copia sana dello stesso gene, oppure permette di inattivare ("knocking out") un gene mutato che sta funzionando in maniera impropria, oppure ancora permette di inserire un nuovo gene nell'organismo per correggere la mutazione genetica responsabile delle malattie.

Al contempo, la terapia somatica cellulare (autologa) in genere richiede la raccolta, la conservazione, l'ingegnerizzazione (secondo diverse metodiche) e la reintroduzione delle cellule prelevate da ciascun paziente per sostituire le cellule danneggiate o malfunzionanti.

Attorno a questi concetti apparentemente semplici ruota un mondo di innovazione e di ricerca scientifica, che passa attraverso l'utilizzo di tecnologie estremamente avanzate e complesse, ognuna delle quali meriterebbe pagine di approfondimenti. Solo per citarne alcune, parliamo infatti di nanotecnologie, di vettori virali, di utilizzo di tecnologia mediante DNA oppure RNA messaggero, di tecnologie di editing genomico (ad esempio la tecnologia CRISPR-Cas9, ma non è l'unica), di modulazione della risposta immunitaria, di epigenetica, di

scienze omiche, di organoidi, di cyborg cells, di anthrobots, dell'utilizzo di machine learning e dell'intelligenza artificiale...

Insomma, la ricerca scientifica e le tecnologie farmaceutiche sono in costante evoluzione ed assicurano la creazione di adeguate risposte terapeutiche. In questo scenario anche le associazioni dei malati rari stanno svolgendo un importante ruolo nel sensibilizzare l'opinione pubblica, impegnando le istituzioni per il miglioramento delle relative politiche sanitarie.

Nonostante ciò, molti bisogni rimangono insoddisfatti, a partire dall'accesso ai farmaci di terapia avanzata, che risulta spesso problematico per i costi ancora elevati. Inoltre, rimane ancora molto da fare per ottenere un'adeguata e capillare formazione di competenze da parte degli operatori nel campo delle malattie rare in modo che sia più semplice per gli ammalati ottenere ciò di cui hanno davvero bisogno. In molti casi, infatti, i malati sono costretti ad una vera e propria odissea nello spostarsi tra un centro e l'altro alla ricerca delle migliori opportunità per la loro condizione.

Per le circa 6500 persone affette da malattie rare in Umbria è in funzione dal 2024 il centro di riferimento regionale per le malattie rare, attivato nel centro di genetica medica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e ottimamente diretto dal Dott. Paolo Prontera. Il centro lavora incessantemente proprio per assicurare un corretto percorso diagnostico partendo dal sospetto clinico, per passare poi ai test genetici di conferma. La gestione multidisciplinare dei pazienti avviene grazie alla rete regionale malattie rare, formata dalle strutture sanitarie delle 4 aziende, identificate come centri di riferimento dalla regione e che gestiscono clinicamente l'eterogeneità e la complessità delle cure. Sarà pertanto estremamente importante continuare l'opera di potenziamento di tale centro anche negli anni a venire.



# 0.7 Ripensare il consenso informato

**Sandro Spinsanti**

Articolo scaricato dalla rivista opensource la "SaluteInternazionale" <https://www.saluteinternazionale.info/>

**Il consenso informato è diventato lo strumento per promuovere non una medicina buona, ma una medicina "sicura". E ha prodotto l'accumulo di una modulistica che si frappona, come un muro di diffidenza, tra chi eroga le cure e chi le riceve. L'auspicio è che la relazione unica che si stabilisce tra chi offre, in scienza e coscienza, i trattamenti appropriati e chi cerca di farli aderire al proprio progetto di vita come un abito su misura possa trovare il suo modo unico e inimitabile di esprimersi.**

Oh, la candida semplicità delle domande infantili: "Che cos'è?", e soprattutto: "Perché"? Ecco, se riuscissimo ad affrontare anche il consenso informato nella pratica medica con quel vero – o finto... – candore e chiederci: di che cosa si tratta? E perché viene chiesto un consenso al malato? Dopo che un professionista della salute ha ritenuto necessario e consigliabile un intervento diagnostico e terapeutico, perché viene obbligatoriamente sollecitato a dare un consenso a procedure rispetto alle quali il paziente non ha, per ovvie ragioni, le competenze scientifiche per valutarne l'appropriatezza? **Per lo più i malati quel perché non hanno in animo di chiederlo al medico.** Per definizione, i pazienti stanno male e non di rado sono angosciati. Per lo più si limitano a mettere docilmente la firma nello spazio del modulo che viene loro indicato. Qualche volta

può succedere che si lascino sfuggire un commento, facendo trapelare l'idea che si sono fatta di quella procedura: "Così, se succede qualcosa, la responsabilità non è vostra...". Oppure, nel migliore dei casi, un'osservazione benevola: "D'accordo, dottore, firmo. Così lei sta tranquillo...".

**È inequivocabile: la pratica del consenso informato, vista dalla parte del malato che la subisce, non è altro che una misura difensiva messa in atto dal mondo sanitario.** La funzione che le viene attribuita è quella di proteggere professionisti e strutture da eventuali accuse di malpractice e da richieste di risarcimenti. Il suo scopo, non detto ma implicitamente assunto, è riassumibile nella sentenza "paziente informato, medico salvato". **Non a caso generalmente non viene rilasciata copia alla persona**

che l'ha sottoscritta, trasmettendo così il messaggio che non è a lei che serve, ma a chi la conserva. Ci si aspetta che quei moduli che il malato ha firmato frettolosamente e in silenzio riemergano solo in caso di lite giudiziaria: allora saranno un testimone a discarico del professionista che ha intrapreso l'azione della cura, con i suoi rischi intrinseci. Il pensiero corre, per associazione, ai poveri sottoscrittori di obbligazioni subordinate, indotti da impiegati di banca a firmare contratti di cui non avevano capito niente; si renderanno conto, alla fine del giro, di aver perso tutti i loro risparmi e di non potersi rivalere: si trovano impiccati alla propria firma. Il film di Antonio Albanese: Cento domeniche (2023) ha focalizzato l'attenzione sull'ingiusta violenza di questo genere che numerosi cittadini hanno subito per il fallimento della loro banca di fiducia.

**Era questo l'obiettivo di chi ha promosso il consenso informato nella pratica delle cure mediche?** Nei manuali troviamo descritto il percorso che ha portato l'etica medica a staccare gli ormeggi dal saldo ancoraggio, durato per secoli, dal paternalismo ippocratico. Non è più il medico che, in scienza e coscienza, decide per il bene del paziente. **Informazione e consenso sono considerati come i due pilastri sui quali poggia la "buona medicina" dei nostri giorni, sotto il segno della bioetica. Ma la deriva ci ha portato da un'altra parte.** Il consenso informato è diventato lo strumento per promuovere non una medicina buona, ma una medicina "sicura". E ha prodotto l'accumulo di una modulistica che si frappona, come un muro di diffidenza, tra chi eroga le cure e chi le riceve.

**Non pochi medici hanno vissuto la transizione nel corso della loro pratica.** Un chirurgo oncologo, che ha subito sulla propria pelle l'accusa ingiustificata per la morte di una giovane donna ed è dovuto passare attraverso una lunga vicenda giudiziaria, ricostruisce con efficacia il percorso del consenso informato lungo la propria biografia professionale. **Nell'ospedale universitario in cui si è formato il consenso all'intervento chirurgico veniva ottenuto attraverso il cosiddetto "stampone".** In pratica, un grosso timbro, apposto su una pagina della cartella clinica, che aveva il valore di una liberatoria concessa al chirurgo di fare l'intervento che riteneva più opportuno. Ai nostri giorni le cartelle cliniche sono imbottite di decine e decine di moduli, che riportano tutte le fattispecie dei rischi possibili. "Il passaggio dallo stampone all'allegato tecnico ha sancito, di fatto, il trascolare dalla fiducia totale nei confronti dell'équipe medica al contenzioso indiscriminato" (1).

**Che fare nella situazione in cui siamo venuti a trovarci? Possiamo almeno indicare due strade non percorribili. Indietro, al paternalismo del passato, non di può tornare.** Neppure la sua versione più debole, quella che rinuncia alla costrizione e fa ricorso alla persuasione e al convincimento, risponde al modello ideale della medicina sintonizzata sui valori del nostro tempo. Ma bisognerebbe evitare anche la via per la quale molti si sono incamminati, guidati da un preteso autonomismo da riconoscere al malato (del tipo: "Vuoi la pillola bianca o quella rossa? Decidi tu, paziente, e io medico eseguo – naturalmente dopo che avrai firmato il modulo di consenso informato..."). **Ci porta in braccio alla medicina difensiva e tradisce l'anima più profonda del rapporto di cura.** Il decantato empowerment della modernità non può essere fatto equivalere a uno scarico di responsabilità sulle spalle del malato.

**L'empowerment va inteso come un processo, non come un atto isolato; e, fatto perno sullo standard della trasparenza, rimanda a una cura basata sulla relazione.**

Verso quale direzione muoversi? È certo più facile individuare le vie da non percorrere ("Ciò che non siamo, ciò che non vogliamo", si potrebbe dire con Montale) piuttosto che quella che dia corpo alla buona cura auspicabile. Nello sconvolgimento attuale dei rapporti tra chi cura e chi riceve le cure intravediamo tuttavia una possibile luce. Viene dal passato (magari aveva ragione Giuseppe Verdi quando suggeriva, in tutt'altro ambito, che il vero progresso si tratta di un residuo grammaticale; è riferito a una pratica verbale che abbiamo abbandonato, tanto da sentirci trasportati in un tempo che non esitiamo a qualificare come trapassato remoto. **Ci riferiamo a quel modo verbale che aveva la lingua greca e che poi è andato perduto nelle lingue che hanno fatto seguito: il numero duale. Né "io", né "noi", bensì "noi due".** Che cosa fosse il duale ce lo spiega un appassionato elogio del greco, descritto da un'esperta come "lingua geniale": "Il numero duale non esprimeva una mera somma matematica, uno più uno uguale due. Il duale esprimeva invece un'entità duplice, uno più uno uguale uno formato da due cose o persone legate tra loro da un'intima connessione. Il duale è il numero del patto, dell'accordo, dell'intesa. È il numero della coppia, per natura, o del farsi coppia, per scelta... Un modo di dare numericamente senso al mondo" (2).

Ecco, il duale come modo per dare numericamente senso alla cura. L'auspicio è che la relazione unica che si stabilisce tra chi offre, in scienza e coscienza, i trattamenti appropriati e chi cerca di farli aderire al proprio progetto di vita come un abito su misura possa trovare il suo modo unico e inimitabile di esprimersi. **Un "duale sanitario": non più "decido io per te", né "decidi tu da solo", e neppure "noi due decidiamo", bensì una decisione di cura che nasce da un soggetto nuovo, costituito da due partner che hanno trovato un'intesa, tanto da diventare un soggetto inedito, diverso dai due che erano prima di costruire la relazione.**

**We have a dream...: ritrovare nel futuro della pratica medica il duale appartenuto al nostro trapassato remoto grammaticale. Proprio niente a che vedere con il millantato consenso informato diffuso nel contesto clinico attuale.**

#### Bibliografia

1. Piero Bagnoli:  
Reato di cura, Sperling e Kupfer, 2016.
2. Andrea Marcolongo:  
La lingua geniale, Laterza 2016.

## 0.8 Relazione del tesoriere

**Andrea Donati**

L'assemblea degli iscritti del 16 aprile è stata l'occasione per presentare il bilancio consuntivo del 2024 (più propriamente "conto consuntivo") e l'assestamento del bilancio di previsione 2025.

L'elemento su cui c'era maggior interesse era l'effetto che avrebbe avuto sui nostri conti il leggero aumento della quota ordinaria per gli iscritti, passata da 100 a 110 € (ricordo che le quote per i neo iscritti e per gli ultra settantacinquenni è stata mantenuta a 70 €). Tale aumento era stato vivamente caldeggiato dal collegio dei revisori dei conti, in quanto, negli anni trascorsi, le uscite correnti non erano sufficientemente coperte dalle corrispettive entrate.

Né potevasi utilizzare a tal proposito il consistente avanzo di amministrazione dell'ordine (che non è altro che i soldi

che rimangono a noi una volta completati gli incassi e pagate le spese), poiché per legge esso non può essere utilizzato se non per specifiche e limitate voci di spesa. Va sottolineato comunque che questo aumento di quota, comunque modesto, mantiene in ogni caso il nostro tra gli ordini con la quota più bassa in tutta Italia, (e probabilmente, se non quasi per certo, con la più bassa in assoluto).

Con questo aumento, il bilancio è stato confortante: la differenza in positivo tra entrate ed uscite è stata, alla fine, di 38.617,98 Euro.

Non inganni comunque l'entità del numero: tra spese previste e non effettuate (ad esempio un solo numero del bollettino pubblicato anziché gli usuali tre) e spese che tecnicamente sono state

rinviate all'anno successivo, siamo riusciti a contenere le uscite in maniere più incisiva di quanto era prevedibile; considerando nella loro interezza, infatti, avremmo avuto un avanzo attorno ai

3.500 Euro, ottenendo quindi l'obiettivo che ci eravamo riproposti con questa manovra, ovvero un bilancio in sostanziale pareggio.

## CONTO CONSUNTIVO 2024 COMPETENZA

### Entrate

TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€715.773,28
CATEGORIA I-Contributi associativi (Quote iscrizione anno 2024, QUOTE FNOMCeO 2024)	€666.909,25
CATEGORIA II-Entrate per la prestazione di servizi (Rimborsi spese varie, Certificati Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit.)	€26.167,35
CATEGORIA III-Redditi e proventi patrimoniali (Interessi attivi)	€17.774,77
CATEGORIA IV- Poste correttive e compensative di spese correnti (Recuperi e rimborsi diversi Contributo ENPAM)	€19.074,92
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	
TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€86.315,33
CATEGORIA I-Entrate aventi natura di partite di giro (Ritenute erariali e previdenziali lavoro dipendente, autonomo e assimilato a lavoro dipendente, Erario c/IVA)	
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€816.241,62</b>

### Uscite

TITOLO I - SPESE CORRENTI	
CATEGORIA I-Spese per organi istituzionali (Elezioni, assicurazioni, gettoni presenza e rimborsi spese)	€33.632,42
CATEGORIA II-Spese di rappresentanza (spese di rappresentanza, onorificienze agli iscritti)	€11.044,14
CATEGORIA IV-Promozione culturale, convegni, congressi e manifestazioni (aggiornamento professionale borse di studio agli iscritti)	€19.288,42
CATEGORIA V-Spese pubblicazioni, acquisto libri, riviste e altre pubblicaz. on-line (pubblicazione e spedizione bollettino)	€6.790,46
CATEGORIA VI-Spese per il personale (Trattamento economico fondamentale, fondo risorse decentrate buoni pasto, benefici assistenziali, spese corsi formazione, contributi prev e assist)	€235.345,44
CATEGORIA VIII-Oneri e compensi per incarichi speciali (Consulenze legale, fiscale, paghe, collaboraz. varie, spese legali e per assistenza legale)	€54.523,59
CATEGORIA IX-Spese per la sede (spese condominiali, pulizia locali, spese energia elettrica, acqua e gas manutenzioni e riparazioni locali e impianti, assicurazione sede)	€34.220,45
CATEGORIA X-Spese per l'acquisto beni, materiali e servizi consumo (assistenza, manutenzione procedure informatiche e macchine e mobili, cancelleria)	€49.449,17
CATEGORIA XI-Spese postali, telefoniche e internet (Spese abbonamento telefonico, fax e internet)	€21.992,67
CATEGORIA XII-Oneri Tributari (imposte tasse, tributi e bolli)	€53.702,38
CATEGORIA XIII-Oneri finanziari (spese commissioni e oneri bancari)	€1.992,45
CATEGORIA XIV- Poste correttive e compensative entrate correnti (versamento quote c/FNOMCeO spese emissione PagoPa-SDD, SDD impagati)	€151.175,73
TITOLO II - SPESE IN CONTO CAPITALE	
CATEGORIA II- Spese per immobilizzazioni tecniche (acq. macchine, mobili, attrezzature ufficio) eTFR	€18.150,69
TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO	
CATEGORIA I-Spese aventi natura di partite di giro (versamento ritenute erariali e previdenziali lavoro dipendente, autonomo e assimilato a lavoro dipendente, Erario c/IVA)	€86.315,33
<b>TOTALE USCITE</b>	<b>€777.623,64</b>

## CONTO CONSUNTIVO 2024 CASSA

### Entrate

TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€758.840,03
CATEGORIA I-Contributi associativi (Quote iscrizione anno 2024, QUOTE FNOMCeO 2024)	€667.659,25
CATEGORIA II-Entrate per la prestazione di servizi (Rimborsi spese varie, Certificati Dischi, Pareri Congruità, n.o. pubbl. sanit.)	€34.167,35
CATEGORIA III-Redditi e proventi patrimoniali (Interessi attivi)	€14.319,54
CATEGORIA IV- Poste correttive e compensative di spese correnti (Recuperi e rimborsi diversi Contributo ENPAM, Contributi FNOMCeO a vario titolo)	€42.693,89
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	
TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€84.354,11
CATEGORIA I-Entrate aventi natura di partite di giro (Ritenute erariali e previdenziali lavoro dipendente, autonomo e assimilato a lavoro dipendente, Erario c/IVA)	

### Uscite

TITOLO I - SPESE CORRENTI	€638.797,72
CATEGORIA I-Spese per organi istituzionali (Elezioni, assicurazioni, gettoni presenza e rimborsi spese)	€38.512,42
CATEGORIA II-Spese di rappresentanza (spese di rappresentanza, onorificienze agli iscritti)	€3.897,04
CATEGORIA IV-Promozione culturale, convegni, congressi e manifestazioni (aggiornamento professionale borse di studio agli iscritti)	€17.032,97
CATEGORIA V-Spese pubblicazioni, acquisto libri, riviste e altre pubblicaz. on-line (pubblicazione e spedizione bollettino)	€6.790,46
CATEGORIA VI-Spese per il personale (Trattamento economico fondamentale, fondo risorse decentrate buoni pasto, benefici assistenziali, spese corsi formazione, contributi prev e assist)	€232.300,72
CATEGORIA VIII-Oneri e compensi per incarichi speciali (Consulenze legale, fiscale, paghe, collaboraz. varie, spese legali e per assistenza legale)	€44.100,87
CATEGORIA IX-Spese per la sede (spese condominiali, pulizia locali, spese energia elettrica, acqua e gas manutenzioni e riparazioni locali e impianti, assicurazione sede)	€36.921,84
CATEGORIA X-Spese per l'acquisto beni, materiali e servizi consumo (assistenza, manutenzione procedure informatiche e macchine e mobili, cancelleria)	€49.931,65
CATEGORIA XI-Spese postali, telefoniche e internet (Spese abbonamento telefonico, fax e internet)	€21.530,53
CATEGORIA XII-Oneri Tributari (imposte tasse, tributi e bolli)	€34.408,34
CATEGORIA XIII-Oneri finanziari (spese commissioni e oneri bancari)	€1.992,75
CATEGORIA XIV- Poste correttive e compensative entrate correnti (versamento quote c/FNOMCeO spese emissione PagoPa-SDD, SDD impagati)	€151.378,13
TITOLO II - SPESE IN CONTO CAPITALE	
CATEGORIA II- Spese per immobilizzazioni tecniche (acq. macchine, mobili, attrezzature ufficio)	€5.331,88
TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO	
CATEGORIA I-Spese aventi natura di partite di giro (versamento ritenute erariali e previdenziali lavoro dipendente, autonomo e assimilato a lavoro dipendente, Erario c/IVA)	€84.336,51

L'assestamento le bilancio di previsione ha permesso poi di visualizzare ancor più concretamente questo attivo, di fatto tradottosi in aumento del già citato avanzo di amministrazione dell'ordine, che ad inizio anno ha raggiunto i

691.246,69 Euro. Purtroppo, come si diceva, questo corposo avanzo può essere utilizzato in maniera molto contenuta e molto limitata e quindi quello che è stato sempre l'intenzione delle passate e di questa consiliaura, ovvero tenere al mi-

nimo e più bassa possibile la quota degli iscritti, utilizzando quello che potevano essere fonti alternative di finanziamenti (ancorché magari per periodi limitati), cozza come si accennava con la normativa in essere.

2024

FONDO CASSA AL 01/01/2024	€836.515,62
+ RISCOSSIONI IN C/COMP.	€797.398,25
+ RISCOSSIONI IN C/RESIDUI	€45.795,89
- PAGAMENTI IN C/COMP.	€658.743,16
- PAGAMENTI IN C/RESIDUI	€69.722,95
<b>FONDO CASSA AL 31/12/2024</b>	<b>€951.243,55</b>
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2024	€18.843,37
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2024	€278.840,23
<b>AVANZO DI AMMINISTRAZIONE</b>	<b>€691.246,69</b>

#### BILANCIO DI PREVISIONE ASSESTATO

<b>ENTRATE</b>	
Avanzo di amministrazione utilizzabile	€80.000,00
Entrate correnti	€745.540,00
Entrate in conto capitale	€0
Entrate per partite di giro	€102.600,00
<b>TOTALE GENERALE ENTRATE</b>	<b>€928.140,00</b>
<b>USCITE</b>	
Spese correnti	€745.540,00
Spese in conto capitale	€80.000,00
Uscite per partite di giro	€102.600,00
<b>TOTALE GENERALE USCITE</b>	<b>€928.140,00</b>

La consapevolezza di avere comunque quote davvero contenute e nello stesso tempo di ottenere bilanci favorevoli è per noi segno che la gestione dell'ente rimane oculata e davvero efficace, a maggior tranquillità di tutti noi iscritti.

## 0.9 Giornata del medico 2024

### Verena De Angelis

Si è svolta il 21 dicembre scorso, nell'Aula Magna della Facoltà di Agraria, presso il suggestivo complesso monumentale di San Pietro, la tradizionale **"Giornata del Medico"**, che quest'anno per la prima volta è stata organizzata separatamente dalla consueta assemblea di fine anno. Un appuntamento carico di significato e di emozione, dedicato alla celebrazione di una delle professioni più belle, affascinanti e impegnative: quella del medico.

La giornata si è aperta con un momento particolarmente significativo, ovvero la consegna dei premi di laurea intitolati alla memoria di figure prestigiose: Domenico Tazza, Cesare Fiore, Ugo Mercati, Luigi Balducci e Fabio Giaimo, personalità di spicco che hanno segnato profondamente la storia della medicina umbra e rappresentano ancora oggi modelli di

impegno civico e professionale. I giovani medici premiati, accolti dagli applausi dei presenti, incarnano oggi il futuro della medicina, pronti a raccogliere il testimone lasciato dai loro illustri predecessori.

Uno dei momenti più toccanti della manifestazione è stato, però, il riconoscimento tributato ai medici che hanno raggiunto il significativo traguardo dei cinquant'anni di laurea. Questi professionisti, visibilmente emozionati, hanno avuto l'opportunità di rincontrarsi e condividere ricordi ed esperienze dopo tanto tempo, ritrovando colleghi e amici con cui avevano condiviso gli anni di formazione e una vita intera dedicata alla professione medica. È stato evidente a tutti il profondo legame umano e professionale che ancora li unisce, testimonianza vivente della dedizione, della

passione e dell'impegno che caratterizzano una vita spesa al servizio della salute della comunità.

Molto suggestiva anche la cerimonia del giuramento di Ippocrate, pronunciato all'unisono dai medici presenti: un momento di grande intensità emotiva che ha ribadito solennemente l'importanza dei valori etici e morali insiti nella professione medica, quali il rispetto della vita, l'empatia verso i pazienti e il senso di responsabilità verso la società.

Presente alla manifestazione, la Presidente della Regione, Stefania Proietti, ha sottolineato con parole di sincera gratitudine l'importanza fondamentale del ruolo dei medici, ribadendo quanto la società debba a coloro che quotidianamente svolgono questo lavoro con abnegazione e coraggio, affrontando soddisfazioni immense ma anche sacrifici e difficoltà quotidiane. Il Professor Antonio Bartolini, vicepresidente della Fondazione Agraria, che ha gentilmente ospitato l'evento, ha sottolineato il forte legame tra medicina, territorio e cultura. Anche la presenza del Vescovo Ivan Maffei ha conferito alla manifestazione un ulteriore significato spirituale e simbolico; la medicina e la cura sono profondamente legate ai valori di solidarietà e attenzione verso il prossimo. Prezioso e particolarmente apprezzato dai presenti è stato anche il contributo del Dottor Graziano Conti.

Un sentito ringraziamento ai ragazzi dell'ufficio, il cui instancabile lavoro dietro le quinte ha permesso la perfetta realizzazione e la riuscita di questa giornata così speciale, dimostrando ancora una volta quanto il gioco di squadra sia essenziale per il successo di ogni iniziativa.

La giornata ha rappresentato, in conclusione, un momento prezioso di riflessione collettiva sulla bellezza, ma anche sulla complessità della professione medica: un'occasione per riconoscere il valore inestimabile di chi ha scelto di dedicare la propria vita alla cura degli altri.



Premi di laurea "Domenico Tazza Cesare Fiore"  
dott. Francesco Bini



Premi di laurea "Domenico Tazza Cesare Fiore"  
dott. Alessandro Calafiore



Premi di laurea "Domenico Tazza Cesare Fiore"  
dott.ssa Emilia Flammia



Premi di laurea "Domenico Tazza Cesare Fiore"  
dott. Lorenzo Peppoloni



Premi di laurea "Domenico Tazza Cesare Fiore"  
dott.ssa Maria Chiara Peciarolo



Premi di laurea "Domenico Tazza Cesare Fiore"  
Alice Meineri



Premio di laurea "Fabio Giaimo"



Premio di laurea "Ugo Mercati"  
dott. Riccardo Pugliesi



Premio di laurea "Luigi Balducci"  
dott.ssa Maria Francesca Barafani



Letture Giuramento di Ippocrate



Letture Giuramento di Ippocrate



Medici premiati per i 50 anni di laurea



Medici neo iscritti



Consiglio Direttivo OMCeO Perugia

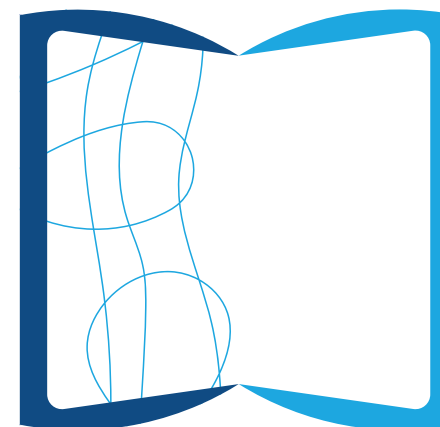
## 1.0 Ho letto per voi

**Tiziano Scarponi**

*Sistema Salute  
La Rivista Italiana  
di Educazione Sanitaria  
e Promozione della Salute.  
N. 4 ottobre-dicembre 2024*

### Un numero monografico di esperienze preparatorie e percorsi di avvio alle Case di Comunità.

Come anticipa l'Editoriale "Lo scopo di questo numero è duplice: da una parte evidenziare come, nella situazione italiana dei servizi sanitari e sociali, esistano esperienze realizzate negli ultimi anni in diversi territori che hanno cercato di mettere in pratica alcuni orientamenti che hanno anticipato e si ritrovano nel nuovo assetto dell'assistenza territoriale come delineato dal DM 77 del 2022; presentare alcuni percorsi d'avvio e transizione ad un nuovo assetto che muovono da specifiche sperimentazioni – e non da modellistiche standard calate dall'alto – che coinvolgono i professionisti interessati, gli esponenti degli Enti del Terzo Settore e, in alcuni casi, i cittadini, i giovani, gli utenti dei Servizi".



È veramente interessante poter scoprire come quasi spontaneamente il territorio si organizza e si mantenga in una modalità quasi autopoietica nel senso sistemico.



Ricordo come Sistema Salute: la rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute fondata nel 1956 da Alessandro Seppilli con il titolo "L'Educazione Sanitaria" è un periodico trimestrale che ha come obiettivo il mantenere alta la difesa del diritto alla salute, attraverso la diffusione sulle sue pagine di studi, ricerche, esperienze descritte con rigore scientifico e metodologico. È rivolta prevalentemente a operatori, ricercatori e decisori del Servizio Sanitario Nazionale, ma non solo... perché la promozione della salute interessa settori e professionalità diverse.

Propongo il link della Casa Editrice [www.edizioniculturasalute.com](http://www.edizioniculturasalute.com) in cui potete valutare tutta la notevole produzione di libri e riviste e la possibilità di poter sottoscrivere eventuali abbonamenti.



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

Progetto grafico e impaginazione  
Iktome, Perugia

Stampa  
Graphic Masters, Perugia

Numero chiuso in redazione  
il 30 aprile 2025

