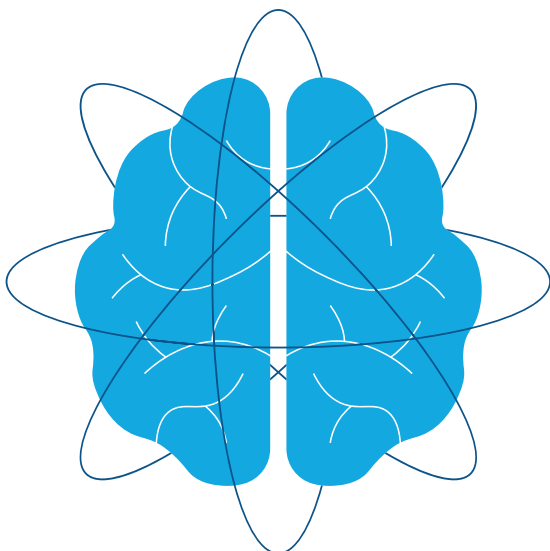


n. 4/2025

Bollettino

Ordine dei medici
Chirurghi
e Odontoiatri

Provincia
di Perugia



3

EDITORIALE

6

IL MEDICO DEL FUTURO:
UN'ALLEANZA TRA INTELLIGENZA
ARTIFICIALE E COSCIENZA UMANA

14

ESPERIENZE DI PRE MORTE
(NDE)

33

PILLOLE

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

Sommario

- 3 **E SIANO DATE LE DAT!**
- 6 **IL MEDICO DEL FUTURO:
UN'ALLEANZA TRA
INTELLIGENZA ARTIFICIALE
E COSCIENZA UMANA**
- 9 **FNOMCeO IA**
- 14 **ESPERIENZE DI PRE MORTE
(NDE)**
- 20 **OVERBOOKING ED
"EFFICIENTAMENTO" DELLE AGENDE
NON SONO LA SOLUZIONE PER
GOVERNARE IL FENOMENO LISTE
D'ATTESA**
- 23 **AGONISTI DEL RECETTORE GLP-1:
CONSIDERAZIONI CLINICHE
E SICUREZZA PERIOPERATORIA**
- 30 **IL SERVIZIO DI FARMACIA
SOLIDALE DELLA CARITAS
DI PERUGIA**
- 33 **DIETA MEDITERRANEA
E PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE**
- 34 **LE RELAZIONI DI CURA NELL'ERA
DELLE INTELLIGENZE ARTIFICIALI**

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
Bordoni

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

bollettino@ordinemediciperugia.it

uffici@ordinemediciperugia.it

odontoiatri@ordinemediciperugia.it

segreteria.pg@pec.omceo.it

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.

EDITORIALE

0.1 E siano date le DAT!

Tiziano Scarponi



Non mi ricordo l'anno, ma ricordo bene i fatti. La signora Antonella l'ho conosciuta già anziana e vedova. Viveva insieme alla figlia nubile in un quartiere non lontano dal mio ambulatorio, ma nonostante piena di "acciacchi" come diceva lei, veniva di rado a studio a farsi controllare. Con il trascorrere degli anni i semplici "acciacchi" diventarono qualcosa di più importante: un infarto del miocardio, uno scompenso cardiaco, un'insufficienza renale per cui oramai andavo a vederla a casa tra un ricovero e l'altro. Ogni volta che andavo a visitarla mi ripeteva sempre che oramai per lei quella non era più vita: "Non riesco a fare più niente! Mi viene l'affanno e mi manca l'aria anche se alzo un braccio! Per favore non chiamate più la Croce Rossa per portarmi all'ospedale, fatemi morire in pace a casa!" La figlia, persona distinta e discreta, diceva sempre che era stata

costretta ad andare in pensione prima del tempo per poter accudire la madre, ma le si leggeva chiaramente nel volto che era stata una decisione sofferta, ma quasi obbligata in quanto il fratello viveva oramai da anni in quel di Milano dove dirigeva un'azienda e non aveva mai tempo per interessarsi di loro due: "Qualche telefonata" diceva e una visita: "Non più di una volta l'anno". Siamo andati avanti così per un po' di tempo sino a quando è sopraggiunto un ictus devastante che ha procurato anche un'emiplegia ed un'afasia. La riabilitazione aveva dato qualche risultato del tutto modesto anche perché le capacità cognitive erano diventate molto critiche. Oramai la vita di Antonella trascorrevva, in modo quasi vegetativo, tra un ricovero e l'altro attivato durante le frequenti crisi respiratorie direttamente dalla figlia o dalla guardia medica. Era diventato

oramai un meccanismo che si attivava da solo, quasi ad arco riflesso: crisi respiratoria-118-ricovero ospedaliero. Un giorno reduce dall'ennesima degenza chiesi alla figlia se avesse chiare quelle che erano le intenzioni manifestate a suo tempo da sua madre in questa situazione oramai senza via di uscita e lei, piangendo, mi rispose che non poteva farci niente in quanto suo fratello per telefono le imponeva sempre di non far mancare nulla alla "mamma" e che non si doveva azzardare a non garantire tutta l'assistenza dovuta. Chi mi conosce può immaginare quale è stato il mio comportamento. Ho chiamato il fratello, gli ho fatto in modo preciso il punto della situazione e che forse sarebbe stato il caso che avesse trovato il tempo di scendere a Perugia a dare una mano utile alla sorella per rendersi conto di persona quale realtà stavano vivendo. Inoltre, aggiunti, che i complessi di colpa per la sua continua assenza venivano superati forse con la presenza e non nel dispensare dall'alto consigli e ordini non richiesti. Come andò a finire lo dirò personalmente a voce a chi me lo richiederà, ma questa mia esperienza credo sia paradigmatica per poter entrare nel vivo della questione.

Il 2 settembre come Ordine dei Medici sono stato inviato in audizione alla IV Commissione Consiliare Permanente del Comune di Perugia avente come oggetto: Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e promozione della loro conoscenza e accessibilità per i Cittadini del Comune di Perugia.

Non nascondo che dovendo affrontare l'argomento in modo istituzionale sono andato a riguardare la normativa di cui mi sono reso conto avevo una conoscenza molto sommaria.

La legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) in Italia, nota anche come legge sul biotestamento, è stata introdotta con la legge n. 219 del 22 di-

cembre 2017. Questa legge permette a ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere di esprimere le proprie volontà in merito ai trattamenti sanitari, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.

Ecco i punti principali della legge:

1. **Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT):** Ogni persona può redigere un documento in cui indica i trattamenti sanitari che desidera ricevere o rifiutare in caso di malattia grave o incapacità di esprimere il proprio consenso.
2. **Fiduciario:** La persona può nominare un fiduciario, ovvero una persona di fiducia che avrà il compito di far rispettare le volontà espresse nelle DAT.
3. **Revocabilità:** Le DAT possono essere modificate o revocate in qualsiasi momento dalla persona che le ha redatte.
4. **Validità:** Le DAT devono essere redatte in forma scritta e possono essere consegnate presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza o presso una struttura sanitaria regionale se istituita, presso un notaio e presso gli uffici consolari per gli italiani residenti all'estero.
5. **Pianificazione Condivisa delle Cure:** La legge prevede anche la possibilità di una pianificazione condivisa delle cure tra il paziente, i medici e i familiari, per garantire che le volontà del paziente siano rispettate nel miglior modo possibile.

Non esiste un documento nazionale ufficiale su cui rilasciare le proprie DAT, ma molti comuni o USL hanno redatto un format. È consigliabile che sia il **proprio medico di fiducia** ad aiutare il cittadino nella compilazione del documento che secondo tanti esperti dovrebbe essere non una scheda già del tutto precompilata, ma prevedere molto testo libero per personalizzare il più possibile il trat-

tamento. Il documento, una volta recepito da chi di competenza, sarà trasmesso al Ministero della Salute che lo riporterà nel fascicolo sanitario elettronico.

A questo punto mi chiedo quanti cittadini siano a conoscenza di questo loro diritto? Quanti colleghi siano in grado di rispondere ad un paziente che volesse documentare le proprie disposizioni in modo preciso, esaustivo e neutrale?

È proprio per questo, pertanto che, come Ordine dei Medici, ci siamo presi l'impegno di far parte del tavolo tecnico che

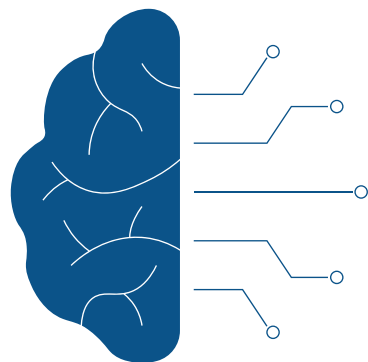
dovrà istituire lo sportello comunale che dovrà unicamente fornire le informazioni e le indicazioni ai cittadini. Ci siamo anche presi l'impegno di formare i colleghi con eventi ECM ad essere in grado di conoscere bene la legge e di poter informare e aiutare i propri pazienti a compilare il documento.

A dire il vero abbiamo un progetto più ambizioso: istituire un proprio sportello di informazione aperto ai cittadini.

0.2 Il Medico del futuro: un'alleanza tra intelligenza artificiale e coscienza umana

Raffaele
Cerbini

Articolo redatto con il supporto
dell'intelligenza artificiale



Per la prima volta mi sono avventurato in una collaborazione a due menti, una umana e una artificiale, per scrivere questo testo. A voi il piacere, e l'onere, di tracciare il confine tra il neurone e l'algoritmo.

L'intelligenza artificiale (IA) sta ridisegnando i confini della medicina. Diagnosi assistite da algoritmi, triage automatizzati e analisi predittive non sono più fantascienza, ma strumenti integrati nella pratica clinica quotidiana. Mentre la tecnologia avanza a passi da gigante, una domanda si impone con urgenza: quale sarà il ruolo del medico in questo nuovo ecosistema? E, soprattutto, come potremo preservare il cuore pulsante della professione, l'umanità della cura?

L'IA come alleato quotidiano

I dati confermano una rapida adozione. Secondo l'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, il 46% dei medici di medicina generale e il 26% degli specialisti utilizza già strumenti basati su

IA generativa. Le applicazioni più diffuse spaziano dall'analisi della letteratura scientifica alla redazione di documenti clinici, fino al supporto nelle decisioni terapeutiche. Il vantaggio più evidente è il risparmio di tempo: si stima che l'IA possa liberare fino a due settimane lavorative l'anno per ciascun medico di base. Un capitale di tempo prezioso da reinvestire dove conta di più: nel rapporto diretto con il paziente.

Ombre e timori: le sfide da affrontare

Nonostante i benefici tangibili, l'avanzata dell'IA in medicina solleva dubbi e timori. Il 36% degli italiani teme la perdita del contatto umano con il proprio medico, mentre il 29% paventa una progressiva sostituzione del personale sanitario. Anche tra gli addetti ai lavori emergono perplessità: il 55% degli specialisti lamenta la scarsa trasparenza dei processi decisionali algoritmici.

Questi timori toccano un nervo scoperto: la medicina non è solo scienza, ma anche e soprattutto relazione. L'ascolto, l'empatia, la capacità di cogliere le sfumature emotive e il contesto sociale di un paziente sono competenze squisitamente umane, che nessun algoritmo può, al momento, replicare. Il rischio è che un affidamento acritico alla tecnologia possa erodere il senso profondo della cura.

La bussola etica e legale

Un altro nodo cruciale riguarda la responsabilità medico-legale. Se un algoritmo suggerisce una diagnosi errata che porta a un danno, chi ne risponde? Il medico che ha avallato la decisione, l'azienda produttrice del software, o la struttura sanitaria?

Un passo normativo fondamentale è stato compiuto con la legge italiana sull'IA, approvata nel settembre 2025, che introduce il principio di "accountability" (responsabilità). Questa impone la tracciabilità dei processi decisionali automatizzati e, soprattutto, una supervisione umana costante. Tuttavia, la questione etica rimane aperta e necessita di una riflessione profonda che coinvolga non solo giuristi e tecnologi, ma l'intera società civile, a partire da medici e pazienti.

Formare i medici di domani

Per governare questa rivoluzione, è indispensabile ripensare la formazione medica. Il bagaglio di competenze del medico di domani dovrà arricchirsi di nuove discipline: non solo clinica e biologia, ma anche principi di data science, machine learning, etica digitale e gestione del rischio algoritmico. Le università italiane si stanno muovendo in questa direzione, integrando questi temi nei percorsi di laurea e specializzazione. Ma il cambiamento deve essere sistemico e coinvolgere l'Ordine dei Medici, le società scientifiche e le istituzioni sanitarie.

Verso una "medicina aumentata"

L'IA non deve sostituire il medico, ma potenziarlo, affiancandolo come uno strumento evoluto. L'obiettivo è una "medicina aumentata", dove la tecnologia migliora l'efficienza, riduce il margine di errore e personalizza le cure. In questo scenario, il medico, liberato da compiti burocratici e ripetitivi, può dedicare più tempo ed energie all'ascolto e al dialogo. L'algoritmo suggerisce, ma è l'intelligenza umana e la coscienza del medico a decidere.

In questo percorso, l'Ordine dei Medici

potrà avere una responsabilità cruciale e potrà agire come garante di una transizione equilibrata, attraverso azioni concrete, come la promozione di linee guida etiche chiare per l'utilizzo dell'IA nella pratica clinica e l'offerta di formazione continua per aggiornare le competenze dei professionisti, sempre vigilando sulla qualità e la sicurezza degli strumenti digitali adottati e difendendo il valore inalienabile della relazione umana nella cura.

La sfida è grande, ma anche entusiasmante. L'Ordine può e deve diventare il custode di una medicina che sappia evolversi senza perdere la propria anima.

Conclusioni

L'intelligenza artificiale è una realtà consolidata. Sta a noi modellarne l'impiego per il bene comune. Il medico del futuro non sarà un mero esecutore di protocolli algoritmici, ma un professionista capace di dialogare con la tecnologia e, al tempo stesso, di ascoltare il cuore del paziente. L'IA non è nata per rimpiazzare l'arte medica, ma per potenziarla, dalla formazione alla pratica clinica. Solo così il binomio tra medico e intelligenza artificiale diventerà vincente, perché la medicina, in fondo, resterà sempre l'arte di prendersi cura.



Nota metodologica

Questo articolo è stato redatto con il supporto dell'intelligenza artificiale, usata come strumento per analizzare fonti, strutturare i contenuti e ottimizzare la scrittura. Questo processo ha permesso di risparmiare tempo nella fase di ricerca e stesura, consentendo una riflessione più ampia e documentata sul tema.

0.3 FNOMCeO IA

COMUNICAZIONE N. 92
AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO
AI PRESIDENTI DELLE CAM
AI PRESIDENTI DELLE CAO

ABBIAMO RITENUTO OPPORTUNO PUBBLICARE LA COMUNICAZIONE CHE È ARRIVATA DIRETTAMENTE DALLA FNOMCeO IN MERITO ALLE RECENTE LEGGE N.132 DEL 23 SETTEMBRE 2025 - DISPOSIZIONI E DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE DATA L'IMPORTANZA DELLA STESSA IN MATERIA DI SANITÀ.

Legge 23 settembre 2025, n. 132 – Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale – Art. 7 Atto medico.

Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n.223 del 25-9-2025 è stata pubblicata la legge indicata in oggetto di cui si riportano di seguito le disposizioni di maggiore interesse così come illustrate nel dossier dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati.

Articolo 7 (Uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario e di disabilità)

L'articolo 7 enuncia alcuni principi volti a regolare l'uso dei sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario, con particolare riguardo al miglioramento delle condizioni di vita delle persone con disabilità.

In particolare, il **comma 1** prevede che

l'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale contribuisce al miglioramento del sistema sanitario, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie, nel rispetto dei diritti, delle libertà e degli interessi della persona, anche in materia di protezione dei dati personali.

Il **comma 2** pone il divieto di condizionare l'accesso alle prestazioni sanitarie a criteri discriminatori, tramite l'impiego di strumenti di intelligenza artificiale.

Il **comma 3** prevede che l'interessato ha diritto di essere informato sull'impiego di tecnologie di intelligenza artificiale.

Il **comma 4** promuove lo sviluppo, lo studio e la diffusione di sistemi di intelligenza artificiale anche con il fine di realizzare il progetto di vita previsto dalla riforma sulla disabilità.

Con riguardo specifico all'utilizzo dei sistemi di intelligenza artificiale nell'ambito della disabilità, il comma 4 promuove lo studio, lo sviluppo e la diffusione di sistemi di intelligenza artificiale che migliorano le condizioni di vita delle persone con disabilità, agevolano l'accessibilità, la mobilità indipendente e l'autonomia, la sicurezza e i processi di inclusione sociale delle medesime persone anche con il fine di realizzare il progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 1, lett. n) del decreto legislativo n. 62 del 2024.

Più nel dettaglio, tale comma individua nei sistemi di intelligenza artificiale uno strumento diretto a contribuire all'accessibilità, la mobilità indipendente e all'autonomia, alla sicurezza e ai processi di inclusione sociale delle persone con disabilità, tenuto altresì conto della finalità di elaborare un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Si intende, pertanto, prevedere forme di applicazione dei sistemi di intelligenza artificiale tra i contenuti ricompresi nel progetto di vita.

Il **comma 5** prevede che i sistemi di intelligenza artificiale nell'ambito sanitario fungano da supporto nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica, lasciando impregiudicata la decisione, che deve sempre essere rimessa agli esercenti la professione medica.

Il **comma 6** stabilisce che i sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario e i relativi dati impiegati devono essere affidabili, periodicamente verificati e aggiornati, nell'ottica di minimizzare il rischio di errori e migliorare la sicurezza dei pazienti.

Articolo 8 (Ricerca e sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario)

In base al **comma 1** dell'articolo in titolo, i trattamenti di dati, anche personali, eseguiti da determinati soggetti pubblici e privati per la ricerca e la sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale per finalità terapeutica e farmacologica, in quanto necessari ai fini della realizzazione e dell'utilizzazione di banche dati e modelli di base, sono dichiarati di rilevante interesse pubblico.

Ai fini predetti e da parte dei soggetti summenzionati, in base al successivo **comma 2**, è consentito l'uso secondario dei dati personali privi degli elementi identificativi diretti, anche se appartenenti alle particolari categorie indicate all'articolo 9 del regolamento (UE) 2016/679, senza necessità di ulteriore consenso dell'interessato e fermo restando l'obbligo di informativa di quest'ultimo, assolvibile con modalità semplificate. Sono fatti salvi i casi nei quali la conoscenza dell'identità degli interessati sia inevitabile o necessaria al fine della tutela della loro salute.

In base al **comma 3** è sempre consentito, in determinati ambiti o per determinate finalità e previa informativa all'interessato, il trattamento per finalità di anonimizzazione, pseudonimizzazione o sintetizzazione dei dati personali, anche appartenenti alle succitate categorie particolari. È consentito altresì il predetto trattamento finalizzato allo studio e alla ricerca su determinati aspetti concernenti l'ambito sportivo, nel rispetto di alcuni principi e diritti espressamente indicati.

Il **comma 4** prevede la possibile adozione di linee guida per le procedure di anonimizzazione di dati personali e per la creazione di dati sintetici, anche per categorie di dati e finalità di trattamento.

Ai sensi del **comma 5**, i trattamenti e usi di dati di cui ai commi 1 e 2 devono essere oggetto di comunicazione al Garante per la protezione dei dati personali, insieme ad una serie di informazioni; inoltre, possono essere iniziati decorsi trenta giorni dalla predetta comunicazione, se non sono stati oggetto di blocco disposto dal medesimo Garante. In base a una modifica approvata alla Camera, non si richiede più l'approvazione da parte dei comitati etici interessati, per i suddetti trattamenti e usi di dati.

Il **comma 6** precisa che restano fermi i poteri ispettivi, interdittivi e sanzionatori del Garante per la protezione dei dati personali.

Articolo 9 (Trattamento dati personali per finalità di ricerca e sperimentazione)

L'articolo 9 rimette ad un decreto del Ministro della salute da emanarsi entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge, sentiti il Garante per la protezione dei dati personali, gli enti di ricerca, i presidi sanitari, le autorità e gli operatori del settore, la disciplina del trattamento

dei dati personali, anche particolari, di cui all'articolo 9 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, con il massimo delle modalità semplificate consentite dal citato Regolamento, per finalità di ricerca e sperimentazione anche tramite sistemi di intelligenza artificiale e machine learning, inclusi la costituzione e l'utilizzo di spazi speciali di sperimentazione a fini di ricerca, anche mediante l'uso secondario dei dati personali.

Soffermandosi più specificamente sulla ridefinizione della disciplina dei c.d. "dati sensibili", con l'entrata in vigore del Regolamento UE, tale categoria di dati sensibili, è stata assorbita nella definizione di «categorie particolari di dati personali», di cui al citato articolo 9 del Regolamento medesimo. In generale, il trattamento di questi dati, che sostanzialmente sono gli stessi già definiti "sensibili" con l'aggiunta dei dati genetici e biometrici e relativi all'orientamento sessuale, è vietato, a meno che non trovi fondamento nel consenso esplicito dell'interessato ovvero nella necessità del trattamento stesso per una serie di motivi tassativamente elencati. Per dare attuazione a questa disposizione il nuovo articolo 2-sexies del Codice, disciplina il trattamento delle categorie particolari di dati personali necessario per motivi di interesse pubblico rilevante, consentendolo solo in presenza di un fondamento legislativo o regolamentare che specifichi i tipi di dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili e il motivo di interesse pubblico rilevante.

Tra i dati particolari si colloca anche la categoria dei dati genetici, biometrici e relativi alla salute, per il cui trattamento il regolamento UE consente agli Stati membri di introdurre garanzie supplementari, e dunque di mantenere o introdurre ulteriori condizioni, comprese limitazioni. A tal fine, il nuovo articolo 2-septies prevede che il trattamento di questi dati sia subordinato all'osser-

vanza di misure di garanzia, stabilite dal Garante con provvedimento adottato con cadenza almeno biennale, a seguito di consultazione pubblica. Inoltre, l'articolo 2-septies, in relazione esclusiva ai dati genetici e a quelli relativi ad ambito sanitario, diagnostico e alle prescrizioni di medicinali, prevede che nell'ambito delle misure di garanzia sia possibile anche, in caso di particolare ed elevato livello di rischio, introdurre il consenso come ulteriore misura di protezione dei diritti dell'interessato.

Articolo 10 (Disposizioni in materia di fascicolo sanitario elettronico, sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e governo della sanità digitale)

L'articolo 10 (comma 1) inserisce l'articolo 12-bis nel D.L. n. 179 del 2012 (convertito con modificazioni dalla L. n. 221 del 2012), in tema di Intelligenza artificiale nel settore sanitario. Viene previsto (comma 1, art. 12-bis) che le soluzioni di intelligenza artificiale aventi funzione di supporto alle finalità di cui all'articolo 12, comma 2, del citato D.L. devono essere disciplinate con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di innovazione tecnologica e transizione digitale e con l'Autorità delegata per la sicurezza della Repubblica e cybersicurezza, sentita la Conferenza Permanente Stato-Regioni. Ciò al fine di garantire strumenti e tecnologie avanzate nel settore sanitario.

Tramite i decreti approvati con la procedura indicata dalla norma, si dispone che devono essere individuati i soggetti che, nell'esercizio delle proprie funzioni, accedono alle soluzioni di intelligenza artificiale secondo le modalità definite dai medesimi decreti.

Si ricorda che il comma 2 dell'articolo 12 del D.L. n. 179 del 2012 prevede che il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) è istituito con le seguenti finalità:

- a. diagnosi, cura e riabilitazione;
- a-bis. prevenzione;
- a-ter. profilassi internazionale;
- b. studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c. programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il FSE deve inoltre consentire l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari *on line* secondo predeterminate modalità ovvero tramite il Portale nazionale sul Fascicolo sanitario. Il Portale è costituito da una pagina web che consente l'accesso al cittadino mediante l'inserimento dei propri dati certificati e rispettando specifiche procedure di sicurezza.

Si dispone inoltre (**comma 2, art. 12-bis**) che per il supporto alle finalità di cura, e in particolare per l'assistenza territoriale deve essere istituita una piattaforma di intelligenza artificiale.

Al riguardo, la progettazione, la realizzazione, la messa in servizio e la titolarità della piattaforma vengono attribuite all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale.

Più in dettaglio, tale piattaforma dovrà erogare i seguenti servizi di supporto:

- a. ai professionisti sanitari per la presa in carico della popolazione assistita con suggerimenti non vincolanti;
- b. **ai medici nella pratica clinica quotidiana con suggerimenti non vincolanti;**
- c. agli utenti per l'accesso ai servizi sanitari delle Case di Comunità.

In conclusione, al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega il provvedimento indicato in oggetto (All. n. 1).

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Filippo Anelli

LEGGE

132

0.4 Esperienze di Pre Morte (NDE)

Francesco Sepioni

*Emergency Department - AUSL UMBRIA1
Ospedale di Gubbio Gualdo Tadino,
(Perugia), Italy*

Storia

Le esperienze di pre-morte sono definite, a livello scientifico con l'acronimo di NDE, Near-death experiences.

Sono conosciute in particolare per il tunnel di luce che le persone vedono quando sono in pericolo di vita oppure percepito emotivamente come tale.

I fenomeni di NDE sono stati descritti in ogni periodo storico, dal primo documento del 300 a.C. di Platone nei dialoghi su Fedone sino ad arrivare ai giorni nostri dove lo psichiatra R. Moody negli anni 70 del XX secolo ha affrontato il fenomeno in maniera scientifica.¹

Dal 1978 è presente una società scientifica, la International Association for near-death studies, che si dedica allo studio della premorte, di esperienze simili e del loro rapporto con la coscienza umana. Sul "Journal of near-death stu-

dies", vengono pubblicati i risultati delle ricerche e gli articoli riguardanti le NDE.

Epidemiologia

Sono esperienze descritte in tutte le fasce di età, dai bambini di 4 anni agli anziani di 95² avvenute in ogni epoca, cultura e religione. Secondo una recente indagine randomizzata, circa il 4% della popolazione occidentale "sembra averle sperimentate", 20 milioni di casi di NDE in Europa, sarebbe a dire 2,5 milioni di italiani.¹⁰

Lo studio più recente e autorevole riguardo le NDE è stato presentato nel 2022 durante una conferenza scientifica della American Heart Association dal dottor Parnia (progetto AWARE³) dove si evince che su 567 pazienti sopravvissuti ad un arresto cardiaco e sottoposti a rianimazione cardiopolmonare (rcp), 102

pazienti, il 18% racconta un'esperienza di NDE con consapevolezza. Di questi il 46% aveva ricordi dettagliati e il 95% ricordava di aver provato un senso di gioia e pace. L'esperienza ha provocato cambiamenti in positivo, l'86% ha visto la luce e il 54% ha rivisto i principali eventi della propria vita.

Che cosa è?

Un'esperienza di NDE comprende i ricordi di tutte le impressioni vissute che una persona, una volta riprese le funzioni vitali, descrive dopo aver vissuto in un "particolare" stato di coscienza.

Si tratta di fenomeni che si hanno maggiormente dopo gravi danni della funzione cerebrale, in genere in pazienti usciti da uno stato di coma o che hanno ripreso le funzioni vitali dopo un arresto cardiocircolatorio, causato da gravi patologie o da eventi traumatici. In maniera straordinaria.

Tutti hanno ricordi e descrivono l'esperienza in maniera simile, strutturata e coerente.

Nella tabella sottostante le ricerche effettuate mettono in evidenza che esperienze di NDE possono verificarsi durante varie circostanze estremamente diverse tra loro.⁴

Tabella 1
Funzione Cerebrale
Seriamente Danneggiata

FUNZIONE CEREBRALE SERIAMENTE DANNEGGIATA⁵

Arresto cardiaco in paziente con infarto miocardico o con grave aritmia

Coma causato da danni cerebrali successivi ad incidente stradale o da emorragia cerebrale

Coma da semi-annegamento, specie nei bambini

Coma da diabete

Asfissia o apnea

Coma da avvelenamento o tentato suicidio

Incoscienza dovuta a shock (es. grave reazione allergica, sepsi, bassi livelli di pressione sanguigna per grave emorragia durante o dopo il parto o per interventi chirurgici)

Complicanze chirurgiche

Shock elettrico

Tabella 2
Funzione Cerebrale
Conservata

FUNZIONE CEREBRALE CONSERVATA

Malattie gravi con febbre elevata

Disidratazione estrema o ipotermia

Meditazione (esperienze mistiche e religiose) / Ipnosi

Depressioni o crisi esistenziali

Classificazione e Quantificazione

Essendo esperienze soggettive per analizzarne la fenomenologia, l'intensità e per permettere un confronto di casistiche diverse si utilizza la scala di Greyson.⁶

Questa si compone di un questionario di 16 domande relative ai diversi elementi dell'esperienza di pre-morte, ciascuna con tre possibili risposte e punteggio totale da 0 a un massimo di 32: convenzionalmente si considera il valore soglia delle NDE un punteggio superiore a 7.

Caratteristica

La maggior parte delle persone che hanno un NDE sono in uno stato di "morte clinica" dove la coscienza, l'attività cardiaca e respiratoria sono annullate e E.E.G. risulta piatto.

Una caratteristica sconvolgente nei racconti di persone che hanno avuto NDE nel momento in cui sperimentano un'esperienza extracorporea (OBE), è la ricchezza e la quantità di dettagli e di particolari ricordati che non potevano conoscere visto lo stato di coscienza.

Questi successivamente sono stati confermati con stupore dai testimoni presenti all'evento.⁷

Il Fenomeno

Tutte le esperienze raccontate hanno una caratteristica fondamentale: sono Simili, Strutturate e Coerenti tra loro con alcuni "elementi" caratteristici che ricorrono costantemente.

In totale sono 12 di cui si hanno 6-7 elementi più frequenti rispetto agli altri. Sono i ricordi di esperienze Straordinarie, Soggettive, Intense e Profonde⁸.

— **Ineffabilità e unicità dell'esperienza:** Tutti i pazienti affermano che

l'esperienza è indescrivibile, sta al di fuori della sfera delle nostre esperienze abituali. "Non esistono parole per esprimere quanto sto cercando di dire" o "Non ho aggettivi o superlativi per descriverla, non ci sono parole".

— **Sensazione di pace e serenità, assenza di dolore:** Caratteristica unica e singolare è il dolore intenso successivamente ad un incidente o a un infarto del miocardio che scompare repentinamente e completamente.

"Sono sensazioni mai provate prima dove il dolore lancinante è scomparso improvvisamente ed ho avuto un senso di pace mai vissuto prima".

— **Consapevolezza di essere morto, seguita a volte da rumore o musica:** Ho semplicemente pensato: "ehi, ora sono morto.

Quindi è questo quello che chiamiamo morte?".

— **Esperienza extracorporea (OBE)⁹:** È l'elemento più conosciuto e in generale le NDE cominciano quasi sempre con un OBE. I pazienti riferiscono di "uscire dal proprio corpo" e vedersi come spettatori in terza persona, al di sopra del loro corpo esanime, dall'alto di una barella o di un letto operatorio a livello del soffitto. Affermano di avere una visione a 360 gradi. Vedono la scena che avviene sotto loro stessi dove le testimonianze sono verificabili e verificate.

Raccontano fatti, situazioni o dialoghi avvenuti a notevole distanza da loro mentre sono incoscienti o in coma. Sono in grado di riferire, quasi testualmente, alcune delle conversazioni fatte non solo attorno a loro, ma anche all'esterno della stanza dove sono ricoverati, lungo il corridoio o nelle sale d'attesa dell'ospedale. Le conversazioni sono state confermate dai testimoni con grande stupore. "Ho perso conoscenza all'improvviso ma poi ho sentito vividamente

una voce automatica dire: "Shock the Patient", "Shock the Patient" io ero lassù... guardando giù Me, l'Infermiera e un Uomo con la testa pelata e tarchiato, aveva un camice e un berretto blu ma potevo distinguere che era calvo da come stava il berretto".

— **Percezione di uno spazio scuro, tunnel buio con o senza luce alla sua fine:** È l'elemento maggiormente conosciuto dalla maggior parte della gente e uno dei più ricorrenti durante un NDE.

"Era come essere risucchiati via, entrai in un tunnel stretto, scuro e a forma di spirale. In lontananza vedevo una luce splendente dove più andavo avanti o in alto, più luminosa e intensa diveniva".

— **Percezione di un ambiente ultraterreno:** Si ritrovano in un paesaggio stupefacente con colori fantastici, fiori straordinari e anche una musica meravigliosa in uno stato di benessere assoluto.

— **Incontrare e comunicare con persone decedute:** Si hanno incontri con persone decedute descritti come "esseri di luce" che i pazienti riconoscono chiaramente. Sono i parenti più prossimi o amici che si presentano in perfetta salute.

"Incontrai mia nonna a cui ero legato profondamente in vita oltre ad altri amici defunti da tempo, anche lei era reale ed era viva... mi disse che non potevo stare qui, dovevo tornare indietro per allevare i figli."

— **Percezione di una luce brillante o di un essere di luce:** Comunicano con loro e l'oggetto della comunicazione spesso sono gli eventi della vita passata del soggetto o talora eventi futuri. Il paziente può acquisire una nuova consapevolezza sul significato della propria vita e sulla sua Missione futura.

"Ricordo con grande stupore di aver incontrato un'entità che vagamente associo a Lucia di Fatima, mi lesse un brano del vangelo. La mia vita è ricominciata con nuovi orizzonti e una nuova consapevolezza interiore."

— **Visione panoramica della propria vita:** Si rivedono i semplici fatti quotidiani (azioni, parole e pensieri). Si realizza che tutto è un'energia che influenza sé stessi e gli altri. I pazienti rivedono in un istante la loro vita come degli spettatori: tutto è molto simile a un film a velocità aumentata.

— **Preveggenza o visione del futuro:** Lo riferisce una piccola percentuale di persone.

— **Percezione di un confine:** Le persone vedono una densa nebbia, un muro, una valle, un fiume, una siepe, un ponte o un cancello e sono consapevoli che una volta attraversato quel confine non saranno più in grado di tornare nei loro corpi e riprendere le proprie vite. Qui possono esserci delle comunicazioni con un parente defunto o un essere di luce.

— **Ritorno consapevole al corpo⁷:** È decisamente brusco. A volte le persone sentono una grande forza vitale che le risucchia indietro attraverso il tunnel. Alcuni descrivono come se venissero spinte indietro nel loro corpo passando dalla testa, dopo aver visto l'infermiera o il medico collocare le piastre del defibrillatore per la rianimazione sul loro corpo. Il ritorno in un corpo malato, sofferente o danneggiato è un'esperienza spiacevole perché i pazienti si sentono negati di qualcosa di bello e unico. Le persone non vogliono lasciare questo posto di pace e amore assoluto.

Cambiamenti successivi a un'NDE

Una NDE rappresenta per il paziente uno shock sia emotivo che psicologico simile ad un disturbo Post Traumatico da Stress dove le persone, successivamente all'evento, necessitano di circa 7 anni per metabolizzarlo. Tutti i pazienti riferiscono di essere migliori dopo questa esperienza ed hanno dei cambiamenti sia psichici che fisici: maggior interesse sia per gli argomenti spirituali che compassione verso gli altri, nuovi obiettivi nella vita, non hanno più paura della morte. A livello fisico riferiscono un'aumentata capacità intuitiva, maggiore sensibilità e una spiccata capacità di premonizione.⁹

Conclusione

Le NDE sono un fenomeno reale con una precisa epidemiologia e fenomenologia, sono frequenti ma sono state misconosciute e fraintese. I sanitari devono comprendere e conoscere queste esperienze con un atteggiamento aperto e non giudicante per aiutare chi le ha avute. Concettualmente errato e pericoloso considerarle come mere espressioni di una disfunzione cerebrale organica. Chi ha avuto un NDE spesso ha necessità di condividere e comprendere il significato di questa inserendola in maniera corretta e integrarle nella loro esperienza di vita per questo i sanitari devono conoscerle e saper indicare un "percorso" per chi ha avuto un "disturbo post traumatico da stress" ed effetti negativi nell'ambito di una trasformazione positiva.

I racconti dei pazienti che hanno vissuto un'esperienza di NDE mettono in seria difficoltà la scienza attuale per il fatto che questi pur essendo in uno stato di "morte clinica" hanno ricordi lucidi, strutturati e veritieri anche se hanno avuto danni cerebrali e una sofferenza cerebrale per mancanza di ossigeno per più di 20 secondi.

I pazienti, come segnalato all'inizio dell'articolo nella fase dell'OBE successivamente all'esperienza, descrivono dettagli e particolari verificabili in uno stato di "morte clinica" che non potevano esserne a conoscenza. L'ipotesi che durante questi momenti si possano liberare a livello cerebrale vari neurotrasmettitori come DMT (dimetiltryptamina) - endorfine ecc dando luogo al fenomeno non riescono a spiegare il fenomeno nella sua totalità.

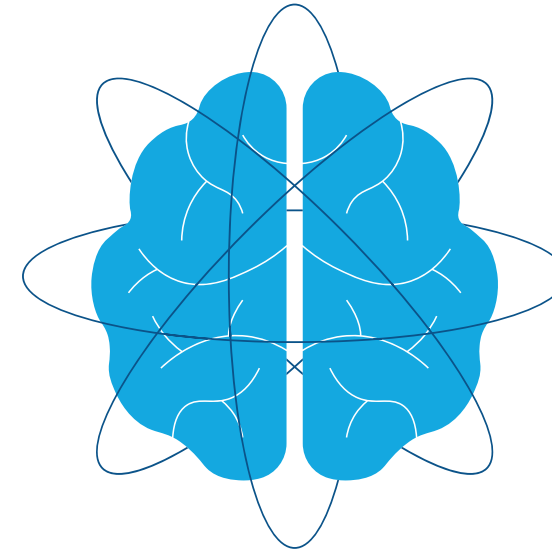
Neanche l'utilizzo di farmaci, che in molti casi non vengono somministrati, riescono a spiegare il fenomeno dell'NDE. Negli ultimi anni si sono fatte altre ipotesi come la teoria che la coscienza di un soggetto non risieda a livello cerebrale ma il corpo sia solamente un'interfaccia o un trasmettitore.

Per avere maggiori delucidazioni sulle NDE e su altri fenomeni extrasensoriale si consiglia il libro "Al confine con l'Aldilà" edizioni Tau.

Inoltre sul tema si svolgerà a Roma il 18 ottobre 2025 un convegno dal titolo "Le esperienze di Pre Morte (NDE) tra Scienza, Coscienza e Spiritualità" dove interverranno medici, fisici e giornalisti internazionali di alto profilo scientifico.

Il convegno è accreditato ECM con 7 crediti, questo sarà supportato dall'associazione SIMEDET e verrà moderato dal Dott. Monti, capo dipartimento dell'Emergenza - Urgenza Asl 1 Umbria.

Per info e iscrizione convegno@nders.it.



Bibliografia

1. R.A. Moody (Ed.), *Life after Life*, Bantam Books (1975).
2. Romand R, Ehret G. Neuro-functional modeling of near-death experiences in contexts of altered states of consciousness. *Front Psychol*. 2023 Jan 18;13:846159.
3. Parnia S, Post SG, Lee MT, Lyubomirsky S, Aufderheide TP et Al. Guidelines and standards for the study of death and recalled experiences of death--a multidisciplinary consensus statement and proposed future directions. *Ann N Y Acad Sci*. 2022 May;1511(1):5-21.
4. Martial C, Simon J, Puttaert N, Gosseries O, Charland-Verville V, Nyssen AS, Greyson B, Laureys S, Cassol H. The Near-Death Experience Content (NDE-C) scale: Development and psychometric validation. *Conscious Cogn*. 2020 Nov;86:103049.
5. French CC. Near-death experiences in cardiac arrest survivors. *Prog Brain Res*. 2005;150:351-67 - Facco Enrico, Esperienze di premorte. Scienza e coscienza al confine tra fisica e metafisica, Campospino, Edizioni Altravista, 2010.

6. Greyson B. Persistence of Attitude Changes After Near-Death Experiences: Do They Fade Over Time? *J Nerv Ment Dis*. 2022 Sep 1;210(9):692-696.

7. Cassol H, D'Argembeau A, Charland-Verville V, Laureys S, Martial C. Memories of near-death experiences: are they self-defining? *Neurosci Conscious*. 2019 Mar 1;2019(1):niz002.

8. Francesco Sepioni "Al confine con l'Aldilà" edizioni Tau 2022.

9. Greyson B. Persistence of Attitude Changes After Near-Death Experiences: Do They Fade Over Time? *J Nerv Ment Dis*. 2022 Sep 1;210(9):692-696.

10. Agenzia stampa AdnKronos Salute - Giornale "Scienza e Conoscenza" n. 59 / 2017 intervista a P. Van Lommel, cardiologo olandese pluripremiato Noto per il primo studio mondiale sulle Nde, pubblicato su The Lancet.

0.5 Overbooking ed "efficientamento" delle agende non sono la soluzione per governare il fenomeno liste d'attesa

Cristina Cenci

Medico Internista USL Umbria 2
Presidente Federazione CIMO-FESMED

Pasquale Gallo

Segretario OMCeO
Perugia



Due recenti sentenze, una del TAR Lombardia e una del Tribunale Ordinario di Torino sezione lavoro, hanno ribadito di fatto lo stesso concetto, applicabile sia ai medici specialisti ambulatoriali che ai medici specialisti dirigenti: l'"overbooking" ovvero la prenotazione di visite ambulatoriali aggiuntive rispetto agli slot disponibili, non è strumento che le regioni o le aziende possono introdurre in Sanità, con il fine di ottimizzare le agende CUP e contrastare il fenomeno del mancato rispetto dei tempi di attesa. Né tantomeno è strumento efficace a contrastare la mancata presentazione del paziente alla visita programmata, il cosiddetto "no show". Anzi, può determinare "una congestione delle visite, con rischio di incidere sulla qualità del servizio reso, o un prolungamento dell'insieme delle stesse oltre l'orario ordinario dello specialista".

Un ulteriore principio cardine che le due sentenze hanno riconosciuto, riguarda il ruolo che le organizzazioni sindacali di categoria hanno nelle questioni che riguardano l'organizzazione dell'attività lavorativa e l'orario di lavoro dei medici: non meri spettatori di atti unilaterali introdotti senza confronto e contrattazione da Regioni o Aziende, ma interlocutori alla pari, che si fanno garanti della esigibilità dei contratti collettivi nazionali di lavoro, in sede decentrata. Infatti il giudice amministrativo ha ritenuto "irrilevante che l'overbooking possa costituire una efficace strategia di ridimensionamento delle liste d'attesa, perché ciò non consentirebbe comunque alla Regione Lombardia di introdurlo unilateralmente"; il giudice ordinario ha invece censurato il difetto di informativa e di confronto sindacale, perpetrato dalla dirigenza aziendale a danno delle

organizzazioni sindacali, riconoscendo in questo, condotta antisindacale.

Con tali presupposti, nessuna regione, la nostra compresa, dovrebbe perseguire nella pratica dell'overbooking ma dovrebbe ottimizzare i sistemi informatici di prenotazione del CUP unico regionale, onde evitare al minimo il fenomeno del no show. Ad esempio contattando l'utenza telefonicamente e non solo tramite messaggistica, nelle 72 ore antecedenti l'esecuzione della visita specialistica, al fine di confermarla o disdirarla se non più necessaria.

In effetti dobbiamo riconoscere, che a seguito della diffida che la Federazione CIMO FESMED ha inviato alle 2 AUSL, è in realtà iniziata una proficua collaborazione con le rispettive direzioni, che hanno riconosciuto la necessità di evitare che le agende per le prestazioni specialistiche, prevedano slot aggiuntivi rispetto a quelli disponibili. Anche la direzione Salute e Welfare ha riconosciuto che la pratica dell'overbooking, presente in Umbria dal 2022, non è strumento efficace per migliorare il servizio reso al cittadino ed ha promesso un coinvolgimento delle organizzazioni sindacali della dirigenza Area Sanità, nella prossima redazione delle linee guida regionali per l'ottimizzazione delle agende CUP.

Purtroppo però, duole constatare al contempo, come in quasi tutte le aziende della nostra regione, i colleghi ci stiano segnalando la messa in opera da parte delle direzioni aziendali, di procedure di "efficientamento delle agende CUP" basate su tempi visita o di esecuzione di prestazioni specialistiche, uniformati al ribasso, a discapito della qualità della prestazione resa all'utenza.

Siamo consapevoli che con l'aziendalizzazione del SSN le strutture sanitarie pubbliche (come le AUSL e le Aziende

Ospedaliere) vengano gestite con criteri simili a quelli delle imprese private e che debbano rendere conto della spesa e del raggiungimento di obiettivi economici, evitando sprechi. Ma sono anche l'organo preposto dallo Stato a tutelare lo stato di salute della collettività nei diversi territori. Quindi le aziende dovrebbero perseguire la salute del cittadino come obiettivo primario, cercando di efficientare i diversi fattori produttivi, garantendo al contempo efficacia e sicurezza delle cure. È infatti fondamentale evitare che la bilancia penda maggiormente dalla parte "conti" a discapito della "salute". L'esempio della bilancia viene utilizzato spesso da noi medici quando vogliamo far capire al paziente che l'esame invasivo deve avere maggiori benefici che rischi attesi dalla metodica, altrimenti se la bilancia pende a favore dei rischi più che a favore dei benefici, sarebbe meglio non eseguire l'esame prescritto.

Le Regioni e le Aziende responsabili della Salute del cittadino, dovrebbero proprio fare questo, ossia cercare che la bilancia sia sempre pendente dalla parte della salute piuttosto che verso l'aspetto economico, soprattutto quando si prefiggono l'obiettivo di contenere i tempi di attesa:

_ridurre arbitrariamente i tempi di esecuzione delle prestazioni, senza attenta disanima delle motivazioni professionali che sottendono determinate tempistiche, mina la qualità e la sicurezza delle cure erogate al cittadino;

_farlo in maniera unilaterale "contrattando" solo con i responsabili o facenti funzione delle strutture, senza coinvolgere tutta l'equipe, e le rappresentanze sindacali dei medici, lascia intravedere la volontà di ripercorrere gli errori già fatti in passato con l'introduzione dell'overbooking, in diverse regioni italiane, la nostra compresa. Non solo, dimostra scarsa conoscenza del sistema interna-

zionale di accreditamento professionale e delle linee guida delle società scientifiche, che indicano quali sono i tempi esatti di esecuzione delle prestazioni, affinché le stesse siano erogate in sicurezza per i pazienti e per i medici.

Per questo i professionisti dovrebbero essere coinvolti nella strutturazione delle agende per le prestazioni specialistiche dalle direzioni aziendali. Affinchè siano evitate sovrapposizioni di orario dei pazienti, come purtroppo ancora accade nelle liste costruite in modalità overbooking e garantite tempistiche che rispettino l'atto medico".

Come sindacato, abbiamo sempre dimostrato la nostra vocazione alla collaborazione con la parte pubblica e datoriale e siamo certi che nella nostra Regione potrà aprirsi una stagione nuova, fatta di leale confronto con i professionisti e le associazioni sindacali degli stessi. Ma abbiamo bisogno di passare dalle parole ai fatti e risolvere in tempi rapidi una problematica che lede la nostra autonomia professionale, dirigenziale e deontologica, e che denunciemo da almeno 3 anni:

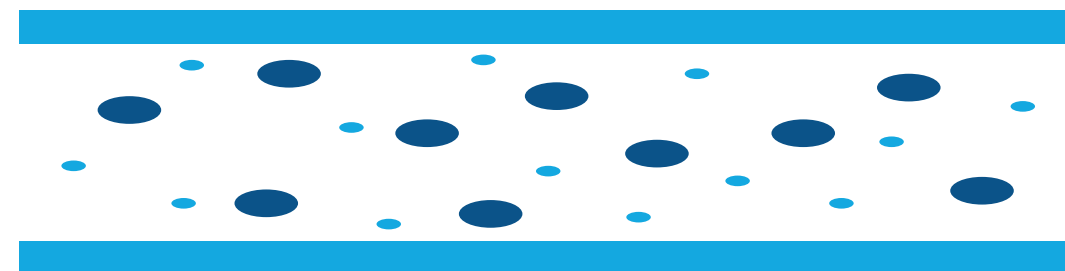
- cessi immediatamente la pratica dell'overbooking in Umbria e in sostituzione, non vengano arbitrariamente ridotti i tempi di esecuzione delle prestazioni specialistiche, solo per inserire in agenda un paziente o due in più a discapito della qualità della prestazione;
- vengano utilizzati gli strumenti che le norme di fonte legislativa e contrattuale, mettono a disposizione delle aziende per rispettare i tempi di attesa per le diverse classi di priorità delle prestazioni specialistiche, quali la produttività aggiuntiva e la libera professione del medico.

Ma soprattutto, si garantisca nuova dignità al lavoro dei nostri colleghi, che a più voci ci hanno denunciato la pericolosa deriva professionale in cui il SSR si sta dirigendo e che subiscono scelte non condivise che si ripercuotono sulla loro autonomia professionale. Lo dobbiamo non solo a loro ma soprattutto a quel 12% dei nostri concittadini che secondo i recenti dati GIMBE, hanno rinunciato alle cure nel 2024. Più di 100 mila persone.

0.6 Agonisti del recettore GLP-1: considerazioni cliniche e sicurezza perioperatoria

Sara Scialpi

King's College Hospital
NHS Foundation Trust, Londra



Introduzione

I farmaci agonisti del recettore del peptide-1 glucagone-simile (GLP-1 RA) hanno visto un ampliarsi del loro utilizzo clinico, non più limitato ai pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, ma oggi esteso anche al trattamento dell'obesità, con un picco rapidissimo di questa indicazione negli ultimi 4-5 anni, soprattutto nel Regno Unito e negli Stati Uniti^{2,3}. In questi Paesi, i GLP-1 RA sono facilmente reperibili *online* (nonostante teoricamente soggetti a prescrizione medica). In Italia, l'utilizzo dei GLP-1 RA (semaglutide ed analoghi) per il trattamento dell'obesità è aumentato rapidamente a partire dal 2021 in poi, con un picco nel triennio 2022-2025, come sottolineato dallo studio IMPACT-O⁴. Nonostante l'efficacia degli agonisti del GLP-1 in termini di beneficio metabolico, questi

tendono a causare effetti collaterali, tra cui il più noto e provato consiste nel rallentamento dello svuotamento gastrico. Tale effetto collaterale contribuisce al controllo dell'appetito e dunque alla perdita di peso, ma risulta problematico nella pratica anestesologica quotidiana. Un aumento del contenuto gastrico residuo, indipendentemente dai tempi di digiuno preoperatorio, costituisce un aumento del rischio di aspirazione polmonare (con potenziale polmonite *ab ingestis*) nei pazienti da sottoporre a sedazione profonda o anestesia generale. Per orientare la pratica, la letteratura medica degli ultimi anni si è focalizzata sull'analizzare il rapporto tra il beneficio metabolico di questi farmaci ed il rischio di *ab ingestis*, e in particolare sulle strategie per ridurlo⁵.

GLP-1 RA: indicazioni, meccanismo, effetti avversi sulla motilità gastrica

Gli agonisti del recettore GLP-1 sono impiegati da circa 20 anni nel diabete mellito di tipo 2 e più recentemente nella gestione farmacologica dell'obesità, grazie all'impiego di formulazioni giornaliere o settimanali. L'emivita di questi farmaci varia; come intuibile, le formulazioni settimanali (es. semaglutide, dulaglutide) possono avere effetto prolungato⁶.

Il recettore GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*) è situato in svariati apparati e membrane cellulari (incluso rene, polmone e sistema cardiovascolare). Per quanto riguarda i benefici strettamente connessi ai suoi effetti metabolici, se ne evidenzia la presenza sulla superficie cellulare delle cellule beta a livello pancreatico (dove aumenta la secrezione di insulina glucosio-indotta), a livello del sistema nervoso centrale, nelle aree deputate al controllo dell'appetito (ipotalamo e tronco encefalo) e nel tratto gastrointestinale (ghiandole duodenali del Brunner e nel sistema nervoso mioenterico)⁷.

Oltre ad aumentare la secrezione insulinica glucosio-dipendente, la stimolazione del recettore GLP-1 da parte di questi farmaci inibisce il glucagone e rallenta lo svuotamento gastrico, intervenendo sia sulla motilità dello stomaco che a livello centrale sulla sensazione di sazietà⁶. Quest'ultimo effetto, oltre a costituire il fattore di rischio principale determinato dai GLP-1 RA sul rischio di aspirazione peri-operatoria, può determinare comunemente nausea, vomito e senso di pienezza precoce. Raramente vi può essere insorgenza di gastroparesi vera e propria.

Sicurezza in anestesia: rilevanza dell'uso degli agonisti GLP-1

Il rischio di aspirazione peri-operatoria deriva sia dalla presenza di volume ga-

strico che dalla acidità dello stesso al momento dell'induzione dell'anestesia generale. Sia l'anestesia generale che la sedazione profonda aboliscono intrinsecamente il riflesso della tosse, la deglutizione ed i riflessi protettivi delle vie aeree. Volumi gastrici considerevoli (>1.5 mL/kg), particolarmente (piuttosto che liquidi chiari) e molto acidi (pH <2.5) portano ad *outcomes* peggiori in caso di aspirazione^{6,7}. Nei pazienti che si sottopongono a chirurgia elettiva, l'obesità, lo stato di gravidanza ed il diabete rappresentano tutti fattori di rischio. È ormai noto come i GLP-1 RA ritardino lo svuotamento gastrico mediante meccanismo vago-mediato, determinando una maggior probabilità di contenuto gastrico residuo nonostante il rispetto dei tempi di digiuno standard. Come digiuno standard si intende l'astinenza da cibi solidi per almeno 6 ore, mentre i liquidi chiari (acqua, tè, succhi senza polpa, caffè nero) sono consentiti fino a 2 ore prima dell'intervento, come stabilito da molteplici linee guida (SIAARTI, NICE, *American Society of Anaesthesiologists*). A Gennaio 2025, sul sito web GOV.UK è stata pubblicata una segnalazione che mette in guardia sul tema⁸, inducendo nel Regno Unito (dove l'utilizzo di GLP-1 RA è ormai molto diffuso) l'implementazione di aggiornamenti sul foglietto illustrativo di questi farmaci, ed attivando un dibattito che ha coinvolto il *Royal College of Anaesthetists* a pubblicare un *consensus statement* improntato non tanto alla sospensione automatica degli GLP-1 RA in tutti i pazienti che ne facciano uso, ma ad una valutazione pre-operatoria individuale⁹.

Popolazione a rischio: comorbidità dei pazienti che assumono GLP-1 RA

I pazienti che assumono agonisti del recettore GLP-1 spesso presentano obesità, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie croniche (come apnee not-

turne ostruttive, OSAS). Tali comorbidità sono di comune riscontro nella pratica clinica anestesologica, ed ognuna di esse comporta rischi intra-operatori specifici, che molto spesso si riflettono sulla gestione post-operatoria. L'utilizzo di agonisti del GLP-1 in questa popolazione rappresenta un fattore di rischio aggiunto. Considerando ad esempio l'obesità in ambito anestesologico, questa comporta non soltanto un aumentato rischio di presentare una via aerea difficile (inclusa difficile ventilazione), ma anche un aumentato rischio di desaturazione in posizione supina (data dalla riduzione della capacità funzionale residua) ed un aumento dell'incidenza di reflusso gastroesofageo. Sommando a questi fattori il rallentato svuotamento gastrico indotto dagli agonisti GLP-1, il rischio teorico di complicanze respiratorie (con potenziale necessità di ventilazione meccanica prolungata nel post-operatorio) diventa più concreto. In questi pazienti la valutazione pre-operatoria deve essere meticolosa ed investigare il rischio di gastroparesi (episodi di nausea e/o vomito recente, sazietà precoce, gonfiore addominale, etc.), durata del trattamento con GLP-1 RA e presenza di condizioni aggiuntive che ritardino la motilità gastrica (ad es. diabete)¹⁰.

Revisione della letteratura

Relativamente all'ambito puramente anestesologico, per quanto gli studi condotti su grandi banche dati (JAMA Network Open, 2025) non abbiano trovato una associazione statisticamente significativa tra uso peri-operatorio di agonisti GLP-1 e polmonite *ab ingestis* nel breve termine (in più di 300.000 pazienti)¹², dalla letteratura emergono *case reports* che meritano la nostra attenzione. Un episodio di gastroparesi è stato riportato da Chaudhry et al. (2024) in seguito ad uso cronico di semaglutide,

con risoluzione parziale della sintomatologia alla sospensione del farmaco¹³. Klein et al. (2023) descrivono un caso di aspirazione intra-operatoria associata ad utilizzo di semaglutide per perdita di peso, dovuto a svuotamento gastrico ritardato nonostante tempi di digiuno standard¹⁴. Avraham ed il suo gruppo, nel 2024, riportano due ulteriori casi di aspirazione (associati ad uso di semaglutide) nel peri-operatorio; gli autori sottolineano l'assenza di sintomi che potessero presagire l'episodio¹⁵. Una recente revisione sistematica e metanalisi (Giugno 2025) ha individuato 5 *case reports* (per un totale di 6 pazienti) di polmonite da aspirazione peri-operatoria dovuta ad agonisti GLP-1 (ancora una volta a lunga durata d'azione)¹⁶ in pazienti che si sottoponevano ed endoscopia elettiva del tratto gastrointestinale superiore. In alcuni di questi casi, come sottolineato in precedenza, l'evento si è verificato nonostante il rispetto dei tempi di digiuno previsti pre-procedura. Ad ogni modo, combinando i dati ottenuti dai 12 studi retrospettivi inclusi nella metanalisi (per un totale di più di 210.000 pazienti), non si è osservato un aumento statisticamente significativo del rischio di aspirazione. Un'altra revisione della letteratura e metanalisi (Aprile 2025) pubblicata su *Association of Anaesthetists* (28 studi osservazionali, 185.414 pazienti e 471 casi di polmonite da inalazione) ha rilevato un aumentato rischio anestesologico per i pazienti con residuo gastrico aumentato, seppur questo non vada automaticamente a tradursi in un aumentato rischio di polmonite *ab ingestis*¹⁷. Il contrasto esistente tra le segnalazioni emerse dai *case reports* e le evidenze statistiche degli studi di coorte sottolinea l'attualità della problematica e la necessità di procedere alla gestione perioperatoria di questi pazienti in maniera oculata e mediante approcci individualizzati.

Linee guida sulla gestione perioperatoria dei pazienti in trattamento con GLP-1 RA

Nel 2024, l'*American Gastroenterology Association (AGA)*, in collaborazione tra le altre con l'*American Society of Anesthesiologists (ASA)* e l'*International Society of Perioperative Care of Patients with Obesity* ha pubblicato linee guida che raccomandano la valutazione del rischio di rallentato svuotamento gastrico nei pazienti che assumono GLP-1 RA. Le linee guida suggeriscono di valutare la sospensione temporanea degli agonisti GLP-1, bilanciando il rischio tra aspirazione ed iperglicemia. Tra i fattori di rischio per lo svuotamento gastrico ritardato, le linee guida sottolineano l'importanza dei dosaggi elevati e delle formulazioni settimanali, così come la presenza di gastroparesi e malattia di Parkinson. In casi selezionati, le linee guida suggeriscono come la sospensione temporanea del GLP-1 RA possa essere attuata il giorno dell'intervento (se farmaco giornaliero) o una settimana prima (per formulazioni settimanali). Nei pazienti a basso rischio, le linee guida ASA/AGA dicono che il farmaco può essere continuato. In aggiunta, per ridurre il rischio di aspirazione, viene suggerita una dieta liquida nelle 24 ore del pre-operatorio, l'uso dell'ecografia gastrica per valutare il contenuto gastrico residuo e, se indicato, l'induzione dell'anestesia a sequenza rapida (RSI) con intubazione tracheale [5].

L'*European Society of Anaesthesia and Intensive Care (ESAIC)* evidenzia l'importanza del rallentato svuotamento gastrico nel suo documento del 2024 relativo alla gestione perioperatoria dei pazienti adulti che si sottopongono a chirurgia non cardiaca. Nel documento, concordano con la tempistica di sospensione dei GLP-1 giornalieri il giorno stesso dell'intervento, mentre per i GLP-1 agonisti a somministrazione settimanale procedono ad un approccio più caute-

lato, raccomandando la sospensione di almeno 1 settimana per procedure sotto anestesia o sedazione, mentre di 2 settimane se assunti per trattamento dell'obesità. Le linee guida anestesiolgiche europee sottolineano come non vi siano ancora evidenze che la sospensione una settimana prima dell'intervento elimini il rischio di ritardato svuotamento gastrico in questi pazienti; per tale motivo, i pazienti che assumono GLP-1 RA devono essere sempre considerati a rischio di stomaco pieno secondo le linee guida ESAIC, con tutte le implicazioni anestesiolgiche del caso, ovvero mediante intubazione orotracheale ed induzione dell'anestesia a sequenza rapida (RSI), specialmente se in urgenza. Se possibile, l'ESAIC concorda con ASA/AGA nel raccomandare l'esecuzione di ecografia gastrica pre-operatoria; nel caso questa mostri contenuto gastrico significativo, il paziente deve essere informato del potenziale rischio di aspirazione [18].

Al momento, non esistono linee guida specifiche sull'argomento prodotte dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), nonostante l'impatto dell'utilizzo degli agonisti GLP-1 sia stato al centro di dibattiti e sessioni nel più recente convegno nazionale della società stessa (ICARE 2025). Per tale motivo, in Italia ci si basa ad oggi sostanzialmente sulle linee guida della ASA, AGA ed ESAIC, come sopra, tra cui le linee guida ESAIC prevedono un approccio più aggressivo nella sospensione dei GLP-1 RA e della categorizzazione dei pazienti.

Condotta anestesiolgica: raccomandazioni pratiche e prevenzione del rischio

La valutazione pre-operatoria rappresenta, come in ogni altra condizione clinica o patologica, il cardine della gestione e della pianificazione della condotta anestesiolgica più sicura ed efficace

per il paziente. È necessario, tra le altre cose, procedere ad una anamnesi precisa, specialmente farmacologica. Domandare nello specifico se il paziente assume farmaci per il controllo del peso può rilevarsi particolarmente utile; in molti casi, il paziente tende a tralasciare questo dettaglio, per svariate motivazioni. Se si rileva assunzione di GLP-1 RA, bisogna investigare se si tratti di somministrazione giornaliera e settimanale, così come interrogare il paziente sulla tempistica dell'ultima dose assunta. È utile procedere alla valutazione dei sintomi di gastroparesi: nausea persistente, vomito, intolleranza agli alimenti, reflusso e gravità/frequenza dello stesso. Tra le comorbidità molto spesso emergono obesità, malattia cardiovascolare e diabete mellito. Indagare la presenza di neuropatia autonoma dove indicato. In alcuni casi, il supporto di un consulto endocrinologico pre-operatorio può essere appropriato, ed anzi questo è supportato dalle linee guida multisocietarie (AGA e ASA)⁵. Nel considerare se sospendere o meno l'assunzione di GLP-1 RA, è indicato fare riferimento alle linee guida sovraccitate, compatibilmente con la tempistica dell'intervento e bilanciando i rischi della sospensione stessa (scompenso metabolico con iperglicemia contro rischio di *ab ingestis*).

L'ecografia gastrica point-of-care (POCUS gastrico) nel peri-operatorio consente di procedere ad una valutazione qualitativa (stomaco vuoto o pieno) e quantitativa (stima del contenuto gastrico, se presente) in maniera non invasiva, rapida, ed al letto del paziente. L'ecografia si esegue con sonda convessa (2-5 MHz) in posizione supina ed in decubito laterale destro, identificando l'antrum gastrico (tra fegato e aorta o arteria mesenterica superiore)¹⁹. La valutazione qualitativa distingue stomaco vuoto (antro collabito) da stomaco contenente liquido chiaro (antrum disteso, contenuto anecogeno o ipoecogeno) o con-

tenuto solido/misto (ecogenicità interna irregolare). Il volume gastrico può essere stimato misurando la *cross-sectional area (CSA)* dell'antrum ed applicando formule specifiche. Un volume > 1.5 mL/kg indica solitamente aumentato rischio di aspirazione²⁰. Nel caso in cui il contenuto sia liquido chiaro di modesta quantità, il rischio viene definito basso, mentre in presenza di liquidi più densi/solidi si sospetta ritardato svuotamento gastrico. Nonostante la metodica sia sicura e non invasiva, come ogni esame ecografico, il POCUS gastrico è fortemente operatore-dipendente, e richiede la presenza di un apparecchio ecografico prontamente disponibile nel blocco operatorio. Diversi studi e revisioni della letteratura indicano come l'ecografia gastrica possa migliorare la valutazione del rischio di aspirazione pre-operatoria, costituendo uno strumento decisionale non invasivo per guidare le modalità di induzione²¹. Nonostante questo, è fondamentale sottolineare come l'ecografia non possa sostituire la valutazione clinica ed anamnestica del paziente, bensì integrarla.

Se infine il sospetto clinico è effettivamente quello di un paziente con contenuto gastrico rilevante, è consigliata la gestione anestesiolgica del paziente come se questi fosse a stomaco pieno, procedendo in primo luogo ad induzione a sequenza rapida (RSI) ed intubazione orotracheale. Per il mantenimento dell'anestesia si consiglia ventilazione protettiva ed uno stretto monitoraggio della saturazione. Nel caso si verificino episodi di aspirazione, è importante avere a disposizione un broncoscopio a fibre ottiche per attuare *toilette* dell'albero bronchiale (successivamente ad intubazione orotracheale) e rimuovere il materiale aspirato. È di grande importanza istituire tempestivamente una terapia antibiotica ad ampio spettro. Poiché la polmonite *ab ingestis* può causare ipossia intraoperatoria, diffi-

coltà ventilatorie e talvolta necessità di ventilazione meccanica prolungata con ricovero in terapia intensiva, questo ha un grande impatto sulla durata dell'ospedalizzazione (nei pazienti sottoposti ad interventi elettivi così come d'urgenza), della durata della degenza in terapia intensiva stessa e talvolta anche sulla mortalità. Secondariamente, questo impatta anche sui costi e sulle risorse ospedaliere impiegate.

Conclusioni

L'aumento esponenziale dell'utilizzo degli agonisti del recettore del GLP-1 negli ultimi anni impone una riflessione critica in ambito anestesiológico. Questi farmaci, pur garantendo un significativo beneficio metabolico, determinano rallentamento dello svuotamento gastrico (ed in casi rari e gravi la gastroparesi), il quale può persistere indipendentemente dal rispetto dei tempi di digiuno normalmente raccomandati. Tale condizione comporta un aumentato rischio di aspirazione al momento dell'induzione dell'anestesia generale nel paziente in trattamento con GLP-1 RA, con implicazioni cliniche rilevanti.

La letteratura disponibile mostra un contrasto tra la bassa incidenza di aspirazione documentata negli studi di coorte di grandi dimensioni e le segnalazioni provenienti dai casi clinici finora pubblicati, che risultano tanto più preoccupanti poiché spesso caratterizzati dall'assenza di sintomi premonitori. Questo scarto tra evidenza statistica e la realtà clinica dovrebbe intimare l'attuazione di una strategia clinica, in particolar modo anestesiológica, attenta ed oculata, basata sull'accurata valutazione dei fattori di rischio individuali del singolo paziente e dunque sull'applicazione di strategie preventive personalizzate.

Tra le criticità della tematica emergono una serie di elementi. Come già evidenziato, non sempre vi è una sintomato-

logia univoca, prodromica ed affidabile nel predire lo svuotamento gastrico ritardato. Una grande attenzione dovrebbe essere dedicata a quei pazienti con più fattori di rischio (obesità, diabete, malattia di Parkinson) che assumono formulazioni settimanali (in questi casi anche la sospensione del farmaco non assicura la prevenzione dell'aspirazione). In Italia non esistono linee guida nazionali specifiche (SIAARTI), con conseguente dipendenza da raccomandazioni internazionali (ASA, AGA, ESAIC). La relativa novità dell'impiego di questi farmaci nella popolazione affetta da obesità fa sì che vi sia scarsa consapevolezza della loro rilevanza anestesiológica, sia tra i pazienti e talvolta tra gli operatori sanitari stessi.

Il primo step per istituire una strategia perioperatoria che miri alla sicurezza del paziente è una anamnesi farmacologica dettagliata, con identificazione precoce dei pazienti in terapia con GLP-1 RA e della sintomatologia che questi possono presentare. Dove indicato, nei casi ad alto rischio, si procede a sospendere la somministrazione dei questi farmaci. In sala operatoria, l'utilizzo dell'ecografia gastrica *point-of-care* può essere integrata all'anamnesi ed alla clinica, consentendo di adattare la strategia anestesiológica (in caso di sospetto o conferma di contenuto gastrico residuo rilevante, il paziente viene gestito come se fosse a stomaco pieno). In caso di aspirazione, la ventilazione meccanica prolungata ed il ricovero in terapia intensiva hanno effetti considerevoli sia sul paziente che sulle risorse ed i costi ospedalieri.

È plausibile pensare che l'utilizzo dei farmaci agonisti GLP-1 vedrà un'ulteriore crescita in Italia nei prossimi anni: la conoscenza dei rischi anestesiológicos che essi comportano è pertanto imperativa per il personale medico incaricato della loro gestione in sala operatoria. Le linee guida internazionali raccomandano un

approccio multidisciplinare (anestesta, chirurgo, ed endocrinologo nel pre-operatorio) che si basi su riconoscimento precoce ed applicazione di strategie preventive individualizzate in base alle categorie di rischio. La produzione di direttive nazionali da parte delle società rilevanti, in linea con le indicazioni delle

Bibliografia

1. Ukhanova M, Wozny JS, Truong CN, et al. *Trends in glucagon-like peptide 1 receptor agonist prescribing patterns*. Am J Manag Care. 2025 Aug 1;31(8):e228-e234
2. Dapre E. *Are GLP-1 agonists the answer to our obesity epidemic?* Br J Gen Pract. 2023 Jul 27;73(733):365
3. Mahase E. *GLP-1 agonists: US sees 700% increase over four years in number of patients without diabetes starting treatment*. BMJ. 2024 Jul 23;386:q1645
4. Tuccinardi D, Conte C, Lampropoulou A, et al. *The overweight and obesity landscape in Italy: data from the Italy cohort of the multi-country IM-PACT-O study*. J Endocrinol Invest (2025)
5. Kindel TL, Wang AY, Wadhwa A, et al. American Gastroenterological Association; American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; American Society of Anesthesiologists; International Society of Perioperative Care of Patients with Obesity; Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Multisociety Clinical Practice Guidance for the Safe Use of Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists in the Perioperative Period*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024 Oct 29;S1542-3565(24)00910-8
6. Nason KS. *Acute Intraoperative Pulmonary Aspiration*. Thorac Surg Clin. 2015 Aug;25(3):301-7
7. Rüggeberg A, Meybohm P, Nickel EA. *Preoperative fasting and the risk of pulmonary aspiration—a narrative review of historical concepts, physiological effects, and new perspectives*. BJA Open. 2024 May 5;10:100282
8. GOV.UK. *GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists: potential risk of pulmonary aspiration during general anaesthesia or deep sedation*. MHRA Safety Update volume 18, issue 6: January 2025
9. Royal College of Anaesthetists. *Statement on GLP-1 RA use and perioperative aspiration risk*. 2025
10. Gariani K, Putzu A. *Glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the perioperative period: Implications for the anaesthesiologist*. Eur J Anaesthesiol. 2024 Mar 1;41(3):245-246

società internazionali (AGA, ESAIC, ASA), così come l'educazione e l'aggiornamento del personale medico in materia rappresentano la base per l'attuazione di protocolli standardizzati che abbiano come priorità la sicurezza del paziente e la sostenibilità sul sistema sanitario.

11. Pyke C., et al. *"GLP-1 receptor localization in monkey and human tissue."* Diabetes, 2014 Apr;63(4):1226-34. PMID: 24467746
12. Chen Y, Zink T, Chen Y, et al. *Postoperative Aspiration Pneumonia Among Adults Using GLP-1 Receptor Agonists*. JAMA Netw Open. 2025;8(3):e250081
13. Chaudhry A, Gabriel B, Noor J, et al. *Tendency of Semaglutide to Induce Gastroparesis: A Case Report*. Cureus. 2024 Jan 19;16(1):e52564
14. Klein SR, Hobai IA. *Semaglutide, delayed gastric emptying, and intraoperative pulmonary aspiration: a case report*. Can J Anaesth. 2023 Aug;70(8):1394-1396. English
15. Avraham SA, Hossein J, Somri F et al. *Pulmonary aspiration of gastric contents in two patients taking semaglutide for weight loss*. Anaesth. Rep. 2024;12(1):12278
16. Elmati PR, Jagirdhar GSK, Qasba RK, et al. *GLP-1 Agonists and the Risk of Pulmonary Aspiration during Elective Upper Endoscopy. A Systematic Review and Meta-analysis*. Open Respir Med J. 2025 Jun 11;19:e18743064372550
17. Elkin J, Rele S, Sumithran P, et al. *Association between glucagon-like peptide-1 receptor agonist use and peri-operative pulmonary aspiration: a systematic review and meta-analysis*. Anaesthesia. 2025 Jul;80(7):846-858
18. Lamperti M, Romero CS, Guarracino F, et al. *Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care*. Eur J Anaesthesiol. 2025 Jan 1;42(1):1-35
19. Perlas A, Chan VW, Lupu CM, et al. *Ultrasound assessment of gastric content and volume*. Anaesthesiology. 2009 Jul;111(1):82-9
20. Van de Putte P, Perlas A. *The link between gastric volume and aspiration risk. In search of the Holy Grail?* Anaesthesia. 2018 Mar;73(3):274-279
21. El-Boghdadly K, Wojcikiewicz T, Perlas A. *Perioperative point-of-care gastric ultrasound*. BJA Educ. 2019 Jul;19(7):219-226

0.7 Il servizio di Farmacia Solidale della Caritas di Perugia

A cura del
team di volontari
della Farmacia solidale



Tutti noi siamo convinti che la copertura assistenziale arrivi a coprire tutti per tutto, ma purtroppo come dimostra questa testimonianza non è così. E' proprio per tale motivo che abbiamo deciso di pubblicare questo breve articolo che invece ci presenta una situazione che sta diventando sempre più drammatica.

I numeri riportati indicano come sia sempre più necessario l'intervento di organizzazioni di volontariato come questo della Farmacia Solidale con la quale pensiamo di instaurare un dialogo che possa portare a conoscenza del problema tutti i colleghi e con momenti formativi tendenti a intervenire sulla domanda delle prescrizioni farmacologiche.

La Caritas diocesana di Perugia, attraverso il suo ente operativo - la Fondazione di Carità San Lorenzo (ONLUS) - gestisce attività, iniziative, opere e servizi di carattere caritativo assistenziale in favore di soggetti deboli e svantaggiati.

Nel 2024 si sono presentate per chiedere aiuto al Centro di Ascolto della Diocesi 1.832 persone, costituite da 469 italiani (25,6%) e 1.363 stranieri (74,4%). Tra i cittadini italiani prevalgono le classi d'età più anziane (>65 anni), mentre tra i cittadini stranieri prevalgono le classi d'età più giovani (25-54 anni).

I bisogni maggiormente rappresentati sono legati alla condizione di povertà: problemi di indigenza economica (30,7%), problematiche di carattere abitativo (29,8%), problemi di occupazione/lavoro (14,2%), problematiche burocratico-amministrative relative a migrazione/immigrazione (7,4%) e anche problemi di natura socio-sanitaria.

Nelle varie aree di bisogno la Caritas, nell'anno 2024, ha dato risposte con quasi 90.000 interventi attuati (beni e servizi materiali 52,2%; alloggio 23,5%; ascolto 14,5% ecc).

Il servizio di Farmacia solidale nasce nel 2014 con funzioni di indirizzo verso i percorsi più efficaci nell'utilizzo del SSN e di selezione delle richieste di contributo sia per l'acquisto di farmaci che per il pagamento di ticket per visite specialistiche e indagini diagnostiche.

Il servizio si occupa anche della raccolta dei farmaci in collaborazione con le farmacie del territorio. Vengono raccolti sia farmaci nuovi che RFV "usati" (*acquistati in farmacia dai clienti per essere da loro usati, che successivamente non hanno più utilizzato per varie cause*). Nel 2024 sono stati raccolti 4.729 farmaci nuovi e circa 1.600 farmaci "usati".

Inoltre, la Farmacia solidale collabora, con i suoi volontari, alle raccolte dei farmaci che vengono organizzate a livello nazionale: ogni anno, a febbraio, dalla Fondazione Banco Farmaceutico (Giornata di Raccolta del Farmaco) e ogni anno, a novembre, dalla Fondazione Francesca Rava (In Farmacia per i Bambini).

La Farmacia solidale è ubicata presso la Direzione della Caritas diocesana di Perugia (zona Cortonese) ed è attualmente presidiata da 6 medici volontari e 1 farmacista:

Lunedì dalle 09:00 alle 11:00

Martedì dalle 09:00 alle 11:00

Mercoledì dalle 15:00 alle 17:00

Venerdì dalle 09:00 alle 11:00

Nel 2024 sono state assistite 375 persone per un totale di 895 accessi singoli, di cui 670 per la consegna di farmaci e 225 per il sostegno al pagamento di ticket sanitari per esami e prestazioni mediche, per presidi sanitari e per informazioni. Le persone che si rivolgono alla Farmacia

solidale sono per lo più straniere (82%) e per questa categoria il 71% sono donne. Sono state distribuite 1.806 confezioni di medicinali, di queste oltre il 74% hanno riguardato farmaci per il sistema muscolo-scheletrico, per il sistema respiratorio e l'apparato gastrointestinale.

Tabella 3
Categorie Terapeutiche

CATEGORIE TERAPEUTICHE	N. CONFEZIONI DISTRIBUITE	%
Sistema muscolo scheletrico	642	35,6
Sistema respiratorio	383	21,2
Gastrointestinali e metabolismo	313	17,3
Apparato tegumentario e pelle	136	7,5
Apparato circolatorio	100	5,5
Organi di senso	78	4,3
Sistema nervoso	78	4,3
Infezione e infestazione	38	2,1
Sistema endocrino	17	0,9
Apparato urogenitale	15	0,9
Malattie neoplastiche	6	0,4
Totale confezioni	1806	100

Nei prossimi numeri del Bollettino condivideremo con i colleghi testimonianze di casi e situazioni seguiti presso la Farmacia solidale.

PILLOLE

0.8 Dieta mediterranea e prevenzione cardiovascolare

Massimo Sorbo



La dieta mediterranea rappresenta un approccio nutrizionale efficace sia nella prevenzione primaria che secondaria delle malattie cardiovascolari.

Un recente studio (Cordiprev) pubblicato sulla rivista "Lancet", ha randomizzato 1000 pazienti divisi in due gruppi: in uno veniva somministrata una "dieta mediterranea", nell'altro una "dieta povera di grassi" con un follow-up di 7 anni.

La dieta mediterranea era costituita dal 35% di grassi di cui il 22% erano grassi monoinsaturi, mentre nella dieta povera di grassi questi rappresentavano il 30% ma con solo il 12-14% di acidi grassi monoinsaturi.

I risultati del Trial hanno dimostrato che il gruppo al quale era stata somministrata

una dieta mediterranea aveva una maggiore protezione cardiovascolare e tra i maggiori componenti nutrizionali responsabili risultava l'olio extravergine di oliva fornito solo a questo gruppo; tale spiegazione è collegata alla ricca concentrazione di polifenoli presenti nell'olio e il loro effetto antiossidante, antiaggregante piastrinico e favorevole azione sulla funzione endoteliale dei vasi sanguigni.

In generale una dieta basata prevalentemente sul consumo di frutta, verdura, legumi, frutta secca, pesce azzurro insieme ad uno stile di vita sano, rappresenta la migliore risposta nutrizionale per un modello alimentare orientato alla migliore prevenzione cardio-vascolare.

Bibliografia

1. Lancet 2022; 399 : 1876-1885
2. Am. J. Prev. Cardiol. 2022; 10 : 100323

0.9 Le relazioni di cura nell'era delle intelligenze artificiali

Tiziano Scarponi

Un libro che non dovrebbe mancare nella biblioteca di qualsiasi medico soprattutto se di medicina generale.

Si parla spesso di cura, di curare i pazienti, di empatia, di capacità nell'ascoltare, ma altrettanto spesso non ci si accorge della portata delle nostre azioni. Con uno degli autori, Stefano Ivis, ho lavorato nell'ASSIMS (Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica) per cui mi sono ritrovato in pieno nell'approccio complesso e costruttivista basato sulla relazione, relazione di cura nel nostro caso. La relazione di cura è paragonabile ad un organismo vivente e come tale è un sistema adattativo complesso.

Un sistema adattativo complesso (Complex Adaptive System, CAS) è un insieme di elementi interconnessi che si adattano continuamente all'ambiente e tra loro.

Le caratteristiche principali della relazione di cura come CAS sono:

- Non linearità: piccoli cambiamenti (una parola, un gesto) possono generare effetti profondi.
- Auto-organizzazione: la relazione evolve spontaneamente, senza un copione rigida.
- Adattabilità: il professionista e il paziente si modificano reciprocamente nel tempo.
- Emergenza: il significato della cura emerge dall'interazione, non è predefinito.
- Interconnessione: ogni attore (medico, paziente, famiglia, contesto) influenza il sistema.
- Imprevedibilità: non tutto è controllabile, e l'incertezza è parte integrante del processo.

Questo comporta che la cura non può essere ridotta a protocolli, ma serve **flessibilità etica** e **ascolto narrativo**. Comporta che il professionista deve essere **sensibile al contesto**, capace di leggere segnali deboli e adattarsi e che la medicina narrativa diventa strumento di comprensione e co-evoluzione. Pensare la relazione di cura come sistema adattativo

complesso, pertanto, significa abbandonare la metafora della macchina e abbracciare quella dell'organismo vivente. Significa accettare la **complessità come risorsa**, non come ostacolo. E significa riconoscere che la vera competenza non è solo tecnica, ma anche **ecologica, narrativa, etica**.



**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 17 novembre 2025

