

ORDINE DEI MEDICI
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo ➤



La (Grande) torre di Babele di Pieter Bruegel il Vecchio
Kunsthistorisches Museum, Vienna

INVITO A COLLABORARE ALLA REDAZIONE

I contributi dei Colleghi al Notiziario, che ospitiamo sempre e volentieri, sono l'espressione dell'esperienza personale, maturata nei singoli ambiti di lavoro. Gli Autori sono tenuti alla redazione di un lavoro originale e ne assumono la paternità, citando, quando necessario, le fonti o i coautori. Deve essere implicita, e nel caso dichiarata, l'assenza di conflitti di interesse o l'eventuale presenza di finanziamenti della ricerca e/o del progetto da cui scaturisce l'articolo.

Per le "pratiche cliniche" cui attenersi occorre fare riferimento unicamente a comportamenti e linee guida validati a livello nazionale ed internazionale. Gli articoli scientifici verranno valutati in base ai contenuti dal Comitato scientifico del nostro Ordine.

La collaborazione è aperta a tutti gli iscritti; la Direzione si riserva di valutare la pubblicazione e di elaborare i testi in base alle esigenze redazionali. Viene comunque raccomandata la brevità. Eventuali immagini a corredo degli articoli devono essere di proprietà dell'autore o acquisite con licenza, oltre che con risoluzione adeguata alla stampa tipografica (300dpi).

Vi preghiamo di inviare il materiale esclusivamente via e-mail a:

notiziario.omceo.cn@gmail.com

segreteria@omceo.cuneo.it

Il termine di consegna per il prossimo numero è stabilito entro il: 6 agosto 2023.

LA TORRE DI BABEL

In questo numero pre-estivo l'editoriale è del vicepresidente Blengini che, oltre al consueto resoconto sull'Enpam riportato in altra parte del Notiziario, fa un'ampia e molto dettagliata disamina circa la situazione del nostro SSN. Il quadro che ne esce non è dei più edificanti, frutto probabilmente di scelte strategiche passate poco illuminate.

Rifletto sul fatto che è una vita che sento addebitare a scelte del passato le nefandezze dell'oggi e mi viene da pensare come forse anche talune scelte di oggi, di portata temporale piuttosto limitata, potrebbero parimenti risultare deleterie per i posteri. Aggiungo, purtroppo, che tutto questo spesso sembra avvenire non per dolo ma solo per semplice impreparazione, a volte aggravata dalla supponenza (e non mi riferisco all'ambito Sanitario).

Come recenti fatti di cronaca marina e terrestre hanno drammaticamente evidenziato (ma credo che il fenomeno sia molto più vasto) a volte menti che si considerano illuminate fanno scelte che per la loro pochezza lasciano senza parole anche i non addetti ai lavori, noncuranti circa le ripercussioni che queste possono avere su una, su cinque o su mille persone, senza differenza.

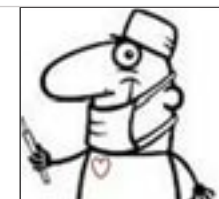
In un'epoca dove fingere di essere un "fenomeno" senza esserlo sta diventando una professione redditizia forse l'umile ricerca di un po' di buon senso e di timore dell'Ignoto potrebbero ancora servire: in fondo, come diceva il "poeta", *l'impresa eccezionale (dammi retta) è essere normale ...*

A seguire, prendendo spunto dal tragico fatto di cronaca che ha visto l'omicidio di una psichiatra di Pisa, la dottoressa Barbara Capovani, la collega Anna Maria Pacilli affronta il problema "dall'interno" e prova a dare una lettura dei fatti dal punto di vista degli Operatori in tale delicato settore della Medicina.

Quindi, per mano di Ernesto Bodini, il ricordo, a 30 anni dalla sua scomparsa, di Albert Bruce Sabin, uno dei più grandi studiosi della Medicina dello scorso secolo e padre del vaccino attenuato orale contro la poliomielite.

Torna quindi il tema dell'ACQUA, già affrontato sotto altri aspetti nello scorso numero.

Questa volta è Gian Franco Strani e parlarci dei vari tipi di "acque" con le quali veniamo quotidianamente a contatto e sicuramente alla fine dell'articolo ognuno di noi saprà qualcosa di più e di utile che prima ignorava.



BUDDA, L'IMPERO DEL SOL LEVANTE E QUELLO A STELLE E STRISCE

Claudio BLENGINI, Vicepresidente OMCEO Cuneo



Com'è il presente e quale futuro si prospetta per la Sanità italiana? Cosa c'entrano Giappone e Stati Uniti con la nostra Sanità. C'entrano...c'entrano.

A rischio di essere monotoni tornando su certi temi affrontiamo nuovamente il pressante problema del futuro del Sistema Sanitario italiano. Sistema che da decenni vacilla e sotto il monumentale peso del Covid inizia decisamente a flettersi. Personale in fuga dagli ospedali: chi verso il privato e chi, potendo e volendo, verso la pensione, sono elementi di primo piano che certificano le criticità e il probabile dissesto. Non stupisce più di tanto che nessuno si sia accorto che *i buoi stavano scappando o meglio erano già usciti dalla stalla prima che qualcuno chiudesse la porta.*



Curiosamente gli addetti alla programmazione e alla quantificazione dei fabbisogni, in termini di risorse tecniche e strumentali, ma ancor di più di personale hanno sempre sostenuto che il sistema fosse ben compensato. Salvo la necessità di piccole e settoriali manutenzioni. Poi, di colpo è diventato palese come il Sistema fosse pesantemente in crisi di mezzi e di uomini e avesse bisogno pressante di manutenzione. Il "metodo classico italiano" di procedere andrebbe indubbiamente rivisto pensando ad esempio: al crollo del ponte Morandi - con un problema strutturale noto per cui non si è mai fatto nulla fino all'autodistruzione - alla rete autostradale che dopo la ultradecennale mancata manutenzione da parte dei preposti, nell'ultimo biennio pare un percorso ad ostacoli perché ci si affanna per recuperare. Un metodo opinabile dove i costi lievitano, si sa: *prevenire è meglio che curare*, e costa meno.

Veniamo al PNRR, altra espressione della contraddizione italiana nell'affrontare i problemi. Essendo il Paese potenzialmente destinatario dei maggiori finanziamenti per l'evidente necessità di riforme nei campi strategici per l'economia nazionale. Finanziamenti con sostanziosa parte a fondo perduto e parte gravata da interessi più che agevolati che costituiscono un'opportunità irripetibile che a quanto pare rischiamo di perdere per le difficoltà di mettere a terra i progetti e realizzarli, correndo il rischio di trovarci tra qualche anno - se non in grado di rispettare gli impegni assunti con la Comunità Europea circa completando le opere finanziate - a dover restituire sia capitale che interessi per l'incapacità di portare il nostro Paese al "salto di qualità in infrastrutture e riforme di cui ha irrinunciabile necessità".

Perché stupirsi quando la stessa situazione si verifica anche per il Sistema Sanitario Nazionale? Durante la pandemia i mantra sono stati: "andrà tutto bene" e "medici e infermieri angeli". Oggi, facendo il conto della serva e affidandoci alla "realpolitik" di un sistema, uso a promettere con facilità e con altrettanta facilità dimenticare, assistiamo all'evaporazione dei cambiamenti annunciati mano a mano che il tempo passa.

Dalla promessa di adeguamento degli stipendi (abbiamo sognato un giusto riconoscimento per il lavoro svolto) che sfuma quando il nostro Ministro della Sanità afferma: "vorrei dare più soldi al personale ma la filosofia del Piano è quella di investire sulle strutture, le modifiche sono molto difficili. Vedremo, comunque, se riusciremo a ricavare anche una piccola quota per i professionisti della Sanità" (brusco risveglio dal sogno).

Si tratterebbe dunque di pochi spiccioli, briciole che compenserebbero in minima parte, la perdita del potere d'acquisto dei nostri stipendi.

Ma veniamo alla resa dei conti. Per quanto riguarda la tenuta del Sistema la sostanza è descritta dalla Corte dei Conti è la seguente:

- **le Regioni hanno conti sempre più in rosso:** "il risultato di esercizio, misurato quale differenza tra le entrate previste dallo Stato per la copertura dei LEA e le spese sostenute per l'assistenza sanitaria si presenta in netto peggioramento. Le perdite crescono, passando dai 1.025 milioni di disavanzo del 2021 a poco meno di 1.470 milioni (erano 800 milioni nel 2020). Sulla lettura dei risultati dell'anno incide poi la considerazione nelle entrate dei ripiani dei disavanzi a carico delle aziende produttrici di dispositivi medici relative al quadriennio 2015-2018: l'importo considerato nel bilancio 2022 (riferito ad un arco di cinque anni) è ben superiore a quello ipotizzabile per un singolo esercizio; la sua "sterilizzazione" porterebbe ad un ulteriore peggioramento del risultato complessivo. Il fenomeno è diffuso in tutte le aree del Paese, ma tocca in misura maggiore le regioni a statuto ordinario del Centro Nord. Presenta un risultato positivo la Lombardia, nonostante il forte calo subito nell'anno dalla voce relativa alla mobilità sanitaria netta, come effetto "ritardato" del blocco dell'assistenza nel 2020. Seppur a tassi più contenuti dello scorso biennio, la spesa sanitaria continua a crescere più delle entrate, ponendo le Amministrazioni di fronte alla necessità, come è avvenuto anche quest'anno, di "dirottare" al finanziamento del settore risorse aggiuntive per garantire l'equilibrio dei conti".

- **la spesa pro capite:** "permangono grandi differenze tra le Regioni. Nel 2022, la spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (in altri termini, la spesa riferita alla popolazione residente nella regione) è stata pari a 2.241 euro, con un tasso di crescita rispetto al 2021 del 2,2%. Dal 2019 ad oggi, le regioni non in Piano di rientro hanno registrato un incremento del costo pro capite del 13, % (il 10,2 le altre). Sono le regioni del Nord a presentare le varia-

zioni più significative sia nell'anno che nel periodo, con quelle a statuto speciale che aumentano la spesa in misura maggiore, rispettivamente del 3,6 e del 14,4%. Guardando alla spesa sanitaria pro-capite si accentua la variabilità interregionale, mettendo in luce non tanto le differenze nei bisogni delle popolazioni, quanto piuttosto le diverse capacità di reazione legate alle caratteristiche dei modelli di produzione dell'assistenza a livello regionale.”

- la Corte sottolinea poi l'adeguatezza della rete territoriale e l'inefficienza degli ospedali dato che: “si continuano a segnalare situazioni di inefficiente utilizzo delle risorse ospedaliere e, al contempo, una inadeguatezza della rete territoriale, gli indicatori legati agli accessi ai Pronto soccorso che, diminuiti durante la pandemia, sono aumentati nuovamente nel 2021, evidenziando come in numerose realtà territoriali gli ospedali siano il principale (e a volte l'unico) punto di riferimento per l'assistenza. Difficoltà che trovano riscontro sia nel ritardo con cui è stato possibile recuperare le liste d'attesa dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale accumulate durante la pandemia, sia nelle problematiche relative al personale soprattutto ospedaliero”.

SPESE, ENTRATE E SALDI - ANNI 2019 -2022
(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro)

	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti delle regioni e prov autonome				TOTALE COSTI con voci economiche e saldo intraamoenia			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	8.743	9.160	9.496	9.446	8.661	9.092	9.429	9.459
VALLE D'AOSTA	252	282	300	296	273	297	313	324
LOMBARDIA	19.695	20.835	21.458	22.104	20.412	21.548	22.015	22.335
P. A. BOLZANO	1.037	1.131	1.190	1.213	1.311	1.452	1.527	1.518
P. A. TRENTO	1.052	1.126	1.159	1.223	1.248	1.330	1.349	1.461
VENETO	9.602	10.376	10.759	11.110	9.738	10.517	10.899	11.275
FRIULI V G	2.509	2.627	2.735	2.794	2.654	2.702	2.819	2.888
LIGURIA	3.333	3.465	3.566	3.651	3.312	3.413	3.554	3.664
EMILIA ROMAGNA	9.175	10.027	10.023	10.228	9.515	10.358	10.344	10.635
TOSCANA	7.580	8.091	8.291	8.281	7.739	8.324	8.501	8.369
UMBRIA	1.764	1.865	1.932	2.005	1.767	1.856	1.925	1.985
MARCHE	3.008	3.131	3.243	3.257	2.958	3.095	3.216	3.231
LAZIO	11.331	11.989	12.163	12.248	10.955	11.666	11.942	12.257
ABRUZZO	2.604	2.696	2.774	2.788	2.532	2.609	2.667	2.702
MOLISE	594	622	638	642	748	697	726	719
CAMPANIA	10.921	11.503	11.842	11.901	10.540	11.118	11.536	11.663
PUGLIA	7.753	8.025	8.304	8.360	7.588	7.842	8.278	8.383
BASILICATA	1.127	1.175	1.213	1.227	1.071	1.122	1.158	1.174
CALABRIA	3.699	3.853	3.931	4.026	3.635	3.685	3.641	3.773
SICILIA	9.600	9.987	10.358	10.302	9.343	9.751	10.146	10.370
SARDEGNA	3.273	3.437	3.537	3.702	3.359	3.430	3.634	3.772
Totale	118.654	125.400	128.912	130.803	119.359	125.905	129.619	131.958
Piano	46.503	48.674	50.011	50.266	45.341	47.369	48.937	49.868
NoPiano	72.151	76.726	78.901	80.537	74.018	78.537	80.682	82.090
Totale	118.654	125.400	128.912	130.803	119.359	125.905	129.619	131.958
RSO	100.929	106.811	109.633	111.273	101.171	106.942	109.831	111.625
RSO Nord	50.548	53.863	55.301	56.538	51.637	54.928	56.241	57.367
RSO Centro	23.683	25.075	25.629	25.790	23.420	24.941	25.584	25.842
RSO Sud	26.699	27.873	28.703	28.944	26.114	27.073	28.006	28.415
RSS	17.725	18.589	19.279	19.530	18.188	18.963	19.788	20.334
RSS Nord	4.851	5.165	5.384	5.526	5.486	5.781	6.007	6.191
RSS Sud	12.874	13.424	13.895	14.005	12.702	13.182	13.781	14.142

	SALDO MOBILITA'				Totale Costi per residenti			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	-81	-20	-8	-8	8.742	9.112	9.438	9.467
VALLE D'AOSTA	2	-3	-9	-9	270	301	321	334
LOMBARDIA	724	724	563	232	19.689	20.823	21.452	22.103
P. A. BOLZANO	8	11	6	7	1.304	1.441	1.521	1.511
P. A. TRENTO	2	3	8	-5	1.246	1.327	1.340	1.466
VENETO	165	146	151	172	9.573	10.370	10.749	11.103
FRIULI V G	16	-4	-5	4	2.638	2.707	2.825	2.884
LIGURIA	-75	-52	-48	-52	3.386	3.465	3.601	3.716
EMILIA ROMAGNA	341	332	322	307	9.174	10.026	10.022	10.328
TOSCANA	146	142	62	12	7.592	8.182	8.440	8.357
UMBRIA	3	-8	-8	-19	1.764	1.864	1.932	2.004
MARCHE	-49	-36	-27	-27	3.007	3.131	3.243	3.257
LAZIO	-267	-238	-220	-208	11.222	11.904	12.163	12.464
ABRUZZO	-84	-102	-94	-86	2.616	2.712	2.760	2.788
MOLISE	19	33	28	34	729	663	698	685
CAMPANIA	-344	-357	-292	-230	10.884	11.475	11.828	11.893
PUGLIA	-204	-207	-159	-126	7.792	8.049	8.437	8.509
BASILICATA	-55	-49	-52	-63	1.126	1.171	1.210	1.237
CALABRIA	-286	-289	-242	-14	3.921	3.974	3.883	3.787
SICILIA	-255	-233	-210	-180	9.598	9.985	10.357	10.550
SARDEGNA	-81	-92	-84	-59	3.441	3.522	3.718	3.831
Totale	-355	-298	-319	-316	119.714	126.204	129.938	132.274
Piano	-1.421	-1.393	-1.190	-808	46.762	48.762	50.126	50.677
NoPiano	1.066	1.095	871	493	72.952	77.442	79.811	81.597
Totale	-355	-298	-319	-316	119.714	126.204	129.938	132.274
RSO	-46	21	-25	-75	101.217	106.921	109.856	111.699
RSO Nord	1.074	1.131	980	650	50.563	53.797	55.261	56.717
RSO Centro	-166	-140	-193	-241	23.586	25.081	25.777	26.082
RSO Sud	-954	-970	-811	-484	27.067	28.043	28.817	28.900
RSS	-309	-319	-294	-241	18.497	19.282	20.082	20.575
RSS Nord	28	6	0	-3	5.458	5.775	6.008	6.194
RSS Sud	-337	-325	-294	-238	13.039	13.507	14.075	14.381

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

- anche la stabilizzazione del personale rimane al palo: “nonostante la proroga di alcune misure adottate durante l'emergenza e la possibilità di stabilizzare gli operatori sanitari, nel 2022 si sono rese sempre più evidenti le carenze di organico, specie in alcune strutture. In particolare, sono venute ad aggravarsi criticità nel funzionamento dei servizi di emergenza e urgenza, sia in riferimento all'utilizzo dei c.d. medici a gettone, sia, più in generale, in relazione alla disponibilità di risorse professionali necessarie a garantire il funzionamento di una componente cruciale del sistema di assistenza.

- criticità importanti nel recupero delle liste di attesa dato che sono state utilizzate solo il 70% delle risorse stanziati: l'attività di audit conclusa nel mese di aprile 2023 sulle attività volte alla realizzazione dei piani regionali di recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia fornisce anche un quadro dell'utilizzo dei finanziamenti stanziati. La spesa rendicontata a consuntivo del 4° trimestre 2022 ammonta a circa il 70% del totale. La lettura dei dati evidenzia una forte disomogeneità che dai risultati conseguiti (proporzione delle prestazioni recuperate rispetto al totale delle posizioni in lista al 31.12.2021 e proporzione delle prestazioni recuperate rispetto al totale indicato nei Piani Operativi Regionali) si proietta anche nell'utilizzo dei finanziamenti stanziati.” Insomma, un quadro tutt'altro che confortante e di non facile assestamento, vista la ridotta crescita del paese e la notevole inflazione.

Se l'incapacità a presidiare a dovere il territorio è una delle carenze sostanziali del Sistema che può determinare ricoveri inutili o inappropriati scaricando sull'ospedale un carico di lavoro sempre meno sostenibile, (a causa della cronica carenza di personale), allora abbiamo davvero un enorme problema. Anzi un doppio problema, che riguarda non solo il primo ma anche il secondo anello del Sistema. Il rischio della desertificazione territoriale, iniziato da tempo (senza che nessuno se ne sia accorto fino a poco tempo fa e ne abbia progettato le opportune contromisure), è un rischio reale e quanto mai grave. In un recente rapporto la fondazione GIMBE per voce del suo presidente Nino Cartabellotta ha fatto presente che: "il problema della scarsità dei medici di medicina generale è a livello di allarme (allarme rosso mi permetto di dire). Se riteniamo accettabile un rapporto di 1 ogni 1.250 assistiti, si stima una carenza di 2.876 unità al momento attuale ed entro il 2025 se ne perderanno oltre 3.400. Il 42,1% dei medici di famiglia, inoltre, supera il tetto massimo dei 1.500 pazienti, riducendo la qualità dell'assistenza". Secondo la Fondazione Gimbe: "l'allarme sulla carenza dei medici di famiglia oggi riguarda tutte le Regioni per ragioni diverse: mancata programmazione, pensionamenti anticipati, medici con numeri esorbitanti di assistiti e *desertificazione* nelle aree di-

sagiate che finiscono per comportare l'impossibilità di trovare un MMG nelle vicinanze del domicilio, con conseguenti disagi e rischi per la salute. Ovviamente le situazioni più critiche in questo settore si trovano nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.003), Veneto (-482), Emilia-Romagna (-320), Piemonte (-229), oltre che in Campania (-349). La scarsità di medici di famiglia si riflette anche nell'eccessivo numero di pazienti per medico.

Secondo quanto si desume dai dati di AGENAS: "sui 40.250 MMG, il 42,1% ha più di 1.500 assistiti, massimale previsto dall'Accordo collettivo nazionale (ACN). Massimale che in casi particolari è stato aumentato fino a 1.800 e fino a 2.000 in base a deroghe (ad esempio nella Provincia Autonoma di Bolzano). Il limite dei 1.500 pazienti viene superato da più di un MMG su due in Campania (52,7%), Valle d'Aosta (58,2%), Veneto (59,8%) e da quasi due su tre nella Provincia Autonoma di Bolzano (63,7%), in Lombardia (65,4%) e nella Provincia Autonoma di Trento (65,5%)". A questo si aggiungano le stime di ENPAM sui pensionamenti di categoria: "al 31 dicembre 2021 più del 50% dei MMG aveva oltre 60 anni di età ed è, quindi, atteso un pensionamento massivo nei prossimi anni. Considerando una età di pensionamento di 70 anni, entro il 2031 dovrebbero andare in pensione circa 20 mila MMG".

Se poi vogliamo prendere in considerazione più in dettaglio le carenze attuali e future, sempre secondo AGENAS: "il dato più preoccupante attualmente e per il futuro è la progressiva diminuzione dei MMG in attività. Nel 2021 erano 40.250, ovvero 2.178 in meno rispetto al 2019 (-5,4%) con notevoli variabilità regionali". Accanto a questo, sempre secondo il presidente del GIMBE: "è soprattutto il quadro anagrafico a preoccupare, visto che nel 2021 il 75,3% dei MMG in attività aveva oltre 27 anni di anzianità di laurea, con quasi tutte le Regioni del Centro-Sud sopra la media nazionale, anche in conseguenza di politiche sindacali locali che non sempre hanno favorito il ricambio generazionale". In alcune Regioni meridionali la fascia dei MMG più anziani arriva a superare l'80%: Calabria (88,3%), Molise (83,2%), Campania (82,7%), Sicilia (82,6%), Basilicata (82,1)". Quadro desolante e prospettive tutt'altro che incoraggianti. Dopo tutti questi numeri - di cui mi scuso con chi ha avuto la forza e il coraggio di leggermi fino a qui - vi chiederete cosa c'entrino Budda, l'Impero del sol levante e quello a Stelle a strisce. C'entrano, eccome se c'entrano...

Dopo i contratti ai medici cubani per sopperire alle carenze del Sistema nella Regione Calabria (chissà che non facciano da apripista!), le recenti dichiarazioni del Ministro della Sanità Schillaci hanno aggiunto un altro tassello al complesso puzzle della Sanità Italiana. Sulla carenza del personale dice: "Gli infermieri mancano in tutta Europa. Per questo stiamo pensando ad accordi con Paesi extraeuropei, che potrebbero metterci a disposizione professionisti già ben formati, dal punto di vista sanitario e della conoscenza della nostra lingua. Penso ad esempio all'India. Ha già chiuso protocolli con il Giappone e gli Usa. Hanno una scuola infermieristica di alta qualità e ovviamente tantissimi abitanti". Sicuramente, visto l'orientamento, nel prossimo futuro avremo una Sanità certamente multietnica, internazionale e globalizzata. Il problema della lingua franca con cui dialogare, tra pazienti e operatori, per rendere il dialogo comprensibile è un aspetto non secondario, che si può superare più o meno facilmente, basta solo spiegare il tutto, con la dovuta chiarezza, ai cittadini.

Chissà se qualcuno prima o poi pensa di farlo? Quanto poi alla sopravvivenza di un Sistema Sanitario di qualità, questo è tutto un altro paio di maniche. Come recitava il capoverso di una famosa poesia: "Ai posteri l'ardua sentenza!". O se preferite i film: "Niente di nuovo sul fronte occidentale!"

SPESE, ENTRATE E SALDI - ANNI 2019 -2022

(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro)

	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO senza coperture e senza ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale				Ulteriori trasferimenti da PA e RSS e coperture presunte contabilizzate nei CE				Utili o perdite d'esercizio da NSIS (prima delle ulteriori coperture in sede di verifica)			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	1,7	48,1	58,8	-21,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	48,1	58,8	-21,0
VALLE D'AOSTA	-18,2	-18,7	-20,8	-37,0	22,4	22,6	21,6	40,4	4,2	3,9	0,7	3,4
LOMBARDIA	6,3	11,3	6,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	11,3	6,3	0,3
P. A. BOLZANO	-266,1	-310,2	-331,6	-297,4	293,8	337,3	339,9	301,6	27,6	27,1	8,3	4,3
P. A. TRENTO	-193,7	-201,3	-181,3	-243,3	193,7	201,4	181,4	243,3	0,0	0,0	0,0	0,0
VENETO	29,4	5,7	9,8	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	29,4	5,7	9,8	7,1
FRIULI V G	-128,8	-80,1	-89,8	-89,5	136,2	102,5	90,5	90,7	7,5	22,4	0,7	1,2
LIGURIA	-53,7	0,1	-35,4	-65,1	0,0	0,0	34,0	30,3	-53,7	0,1	-1,4	-34,8
EMILIA ROMAGNA	0,6	1,0	0,4	-99,9	0,0	0,0	0,0	15,0	0,6	1,0	0,4	-84,9
TOSCANA	-12,6	-91,3	-149,2	-76,2	0,0	0,0	24,8	0,0	-12,6	-91,3	-124,4	-76,2
UMBRIA	0,2	0,3	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,8
MARCHE	0,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3	0,0
LAZIO	108,4	84,4	0,0	-216,6	0,0	0,0	0,0	91,1	108,4	84,4	0,0	-125,5
ABRUZZO	-12,1	-15,4	13,9	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-12,1	-15,4	13,9	-0,1
MOLISE	-134,9	-41,2	-60,0	-43,5	17,8	18,1	19,8	20,5	-117,1	-23,2	-40,2	-23,0
CAMPANIA	37,1	27,3	14,5	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	37,1	27,3	14,5	7,9
PUGLIA	-38,2	-24,0	-132,8	-148,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-38,2	-24,0	-132,8	-148,8
BASILICATA	0,8	4,3	3,5	-9,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	4,3	3,5	-9,9
CALABRIA	-221,6	-120,9	47,4	238,6	99,9	100,5	104,0	111,1	-121,7	-20,3	151,3	349,7
SICILIA	2,1	1,8	1,6	-247,8	0,0	0,0	0,0	249,7	2,1	1,9	1,6	1,9
SARDEGNA	-167,5	-84,9	-181,3	-128,3	178,7	111,6	199,5	86,6	11,3	26,6	18,2	-41,8
Totale	-1.060,1	-803,6	-1.025,7	-1.469,9	942,6	894,0	1.015,4	1.280,4	-117,5	90,4	-10,3	-189,5
Piano	-259,2	-88,0	-115,4	-410,4	117,7	118,6	123,7	472,4	-141,4	30,7	8,3	62,0
NoPiano	-800,9	-715,6	-910,2	-1.059,5	824,9	775,3	891,7	808,0	23,9	59,7	-18,6	-251,4
Totale	-1.060,1	-803,6	-1.025,7	-1.469,9	942,6	894,0	1.015,4	1.280,4	-117,5	90,4	-10,3	-189,5
RSO	-287,9	-110,2	-222,4	-426,5	117,7	118,6	182,5	268,0	-170,2	8,4	-39,8	-158,5
RSO Nord	-15,7	66,1	39,9	-178,6	0,0	0,0	34,0	45,3	-15,7	66,1	39,9	-133,3
RSO Centro	96,6	-6,3	-148,7	-292,0	0,0	0,0	24,8	91,1	96,6	-6,3	-123,9	-200,9
RSO Sud	-368,8	-169,9	-113,5	44,1	117,7	118,6	123,7	131,5	-251,1	-51,3	10,2	175,7
RSS	-772,2	-693,4	-803,3	-1.043,4	824,9	775,4	832,9	1.012,4	52,7	81,9	29,6	-31,0
RSS Nord	-606,7	-610,3	-623,6	-667,3	646,1	663,7	633,4	676,1	39,4	53,4	9,8	8,9
RSS Sud	-165,4	-83,1	-179,7	-376,2	178,8	111,6	199,5	336,3	13,3	28,5	19,8	-39,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

GLI PSICHIATRI VITTIME DI OMICIDIO: QUALI I POSSIBILI "PERCHÈ"?

Anna Maria PACILLI



Le mie considerazioni prendono spunto dall'omicidio della collega psichiatra, Barbara Capovani, a Pisa, nell'Aprile scorso. Quest'ultimo episodio, ma anche altri accaduti in precedenza ed altri ancora che, temo, si verificheranno in futuro, mi ha spinto a cercare articoli scientifici che analizzassero la frequenza e le tipologie di omicidi in ambito sanitario.

Lo scopo della mia ricerca era verificare se gli psichiatri, tra le varie professioni sanitarie, fossero le vittime più colpite da aggressioni letali.



Non ho, in verità, trovato molti studi scientifici sull'argomento. Sarebbe semplicistico ed assolutamente riduttivo, oltre che fuorviante, ritenere che la scarsità di studi si correli ad una scarsità di casistica di omicidi. Viene piuttosto (polemicamente) da pensare che la scelta della nostra professione di psichiatra debba essere considerata non solo una "missione", ma quasi un "sacrificio" e che sia da mettere in conto che ad ognuno di noi, prima o poi, qualcosa di più o meno tragico possa accadere.

Tra gli altri articoli, ho soffermato la mia attenzione su uno studio pubblicato sulla "Rivista di Psichiatria" da L. Loretto, L. Falci, G. Nivoli e coll., del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Sassari. Questo studio di ricerca, in verità non recentissimo (*L'omicidio del medico*, 2013) ma abbastanza significativo, rappresenta un'analisi comparativa tra gli omicidi che hanno colpito diverse categorie di medici ed il rischio che essi corrono di essere uccisi dai pazienti nella pratica clinica. Lo studio ha coinvolto, in una analisi retrospettiva, 18 casi di omicidio, evidenziando che in 7 casi l'omicidio era stato compiuto da un paziente psichiatrico, al secondo posto rispetto agli operatori sanitari che lavorano in ambito di emergenza-urgenza (Pronto Soccorso).⁽¹⁾ Ed è su questo che le mie riflessioni intendono soffermarsi.

Lungi da me sostenere il luogo comune che fa parte di una cultura popolare dura a morire e di una psichiatria ante-basagliana, che il paziente affetto da patologia psichiatrica sia più pericoloso di altri pazienti e che quindi, vada "custodito" per un concetto di "pericolosità sociale", piuttosto che curato per il "diritto alle cure" che ognuno di noi ha come cittadino. Uno dei problemi, a mio avviso, che affligge ed inficia il rapporto psichiatra-paziente, fino a portare a gesti di estrema gravità, è rappresentato dal confine ormai estremamente labile tra psichiatria e delinquenzialità, ed anzi alla delega che la magistratura fa alla psichiatria non solo di curare (e questa non sarebbe una delega, ma rappresenta la nostra mission), ma paradossalmente, di custodire. Tale confine si azzera quando il medico diventa un esecutore delle misure di sicurezza. Non è questo il nostro compito, non è questo il lavoro che abbiamo scelto, non è questo per cui siamo formati.

Le REMS, ovvero le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, sono strutture sanitarie di accoglienza per gli autori di reato affetti da disturbi mentali e socialmente pericolosi. Dunque lo psichiatra deve sconfinare nel suo operato anche nella custodia e non occuparsi solo della cura, sebbene il nostro lavoro non sia quello di custodire.

"La follia non viene mai ascoltata per ciò che dice o che vorrebbe dire", sosteneva il celebre psichiatra Franco Basaglia. Parafrasandolo, neppure gli psichiatri vengono ascoltati per ciò che vorrebbero dire. Le REMS, peraltro, sappiamo bene noi psichiatri e soprattutto chi tra noi si occupa di autori di reato, hanno liste di attesa lunghissime. E nel frattempo, il paziente psichiatrico pericoloso o, ancora di più, autore di reato, si trova "parcheggiato" nei Reparti di Diagnosi e Cura che dovrebbero, invece, occuparsi, dell'acuzie dei quadri psicopatologici. Questa procedura, inevitabilmente, sottrae posti letto a coloro che dovrebbero essere curati per un loro stato di acuzie.

Oppure questi pazienti, se va bene, o meglio, se va male, vengono affidati ai Centri di Salute Mentale, che sono sempre più privi di risorse, umane ed economiche (ed il binomio non è casuale). Esistono le Comunità Protette, è vero, ma il loro numero è sempre insufficiente.

Tornando alle considerazioni sull'omicidio dello psichiatra da parte del paziente, dallo studio sopra citato, si evince che dei sette omicidi compiuti da pazienti psichiatrici, un caso era stato determinato da una forte conflittualità medico-paziente e rappresentava l'epilogo di un comportamento di stalking, e tre casi si erano verificati in un luogo di lavoro non abbastanza protetto. Lo studio, ripeto, è del 2013 ma poco o nulla è cambiato da allora: i nostri luoghi di lavoro rimangono non sufficientemente protetti e con poche possibilità di prevenire eventi delittuosi.

Però al quesito: "I pazienti psichiatrici sono più violenti rispetto ad altri pazienti?" si può dare una risposta negativa: studi caso-controllo hanno dimostrato che non lo sono. ^(2,3,4,5)

Credo sia doveroso puntualizzare questo aspetto, altrimenti si rischia di aumentare lo stigma ed i pregiudizi nei confronti della malattia mentale, ma, d'altro canto non si può non parlare di malattia mentale e comportamento violento, perchè se così facessimo, rischieremmo di non mettere in atto tutte le misure terapeutiche necessarie a fronteggiarlo.

Uno studio condotto da Friedman, nell'ambito della relazione medico-paziente, ha sottolineato la difficoltà del portare avanti una relazione terapeutica da parte del medico con un paziente di cui ha paura, oppure con un paziente che innesca in lui reazioni di minimizzazione della possibile pericolosità o, ancora, reazioni di eccessivo accudimento e di collusione. Questo rappresenta un grosso dilemma perchè non sempre, nell'ambito del lavoro in un servizio pubblico, si ha la possibilità di affidare le cure di quel paziente ad un altro collega.

Lo stesso Friedman ⁽²⁾ ha evidenziato l'importanza dell'età della vittima: gli omicidi decrescerebbero con l'aumentare dell'età dello psichiatra, il che suggerirebbe che l'acquisizione di una maggiore esperienza professionale rappresenterebbe un fattore protettivo, perchè si acquisirebbe una maggiore capacità nella gestione del paziente violento, in particolar modo nelle situazioni di emergenza.

Io stessa posso testimoniare di essere stata vittima di aggressione quando ero una psichiatra alle prime armi. Ma essere psichiatri più anziani e dotati di maggiore esperienza non protegge dal fattore "imprevedibilità" che gioca un ruolo a volte decisivo in questi accadimenti.

È indubbio che la gestione del paziente violento richieda uno sforzo organizzativo da parte di tutta l'équipe curante, ma anche una differente formazione dello psichiatra, che nel suo bagaglio culturale deve acquisire anche nozioni poliziesche circa aggressioni e violenze che non vengono denunciate o, se denunciate, siano finite nel nulla.

È un dato di fatto assolutamente non stigmatizzante che il paziente psichiatrico violento non possa essere considerato e trattato alla stregua degli altri pazienti, ma che necessiti di un percorso specifico e differenziato di cura a seconda che:

- le minacce del paziente siano rivolte proprio verso a noi;
- che il paziente sia convinto che sia meglio eliminarci - anche in modo violento - dal suo mondo.

Per evitare di essere vittima di omicidio è consigliabile monitorare specifiche situazioni di maggiore rischio per il medico, che spesso vengono sottovalutate.

Dopo l'omicidio di Barbara si sono fatte riunioni ampliate a tutti i Direttori di Dipartimento, allargate alla Magistratura, con lo scopo di creare un dialogo più costruttivo ed un clima di maggiore collaborazione, si sono create chat di gruppi di psichiatri, e manifestazioni di ogni tipo, ma la sensazione (assolutamente personale e spero non condivisibile), è che passata l'onda mediatica, tutto possa tornare come prima di Barbara.

Che tutti noi possiamo ritrovarci soli ed impreparati rispetto al pericolo.

Che non ci sia la reale volontà di cambiare qualcosa, trascurando, invece, la reale possibilità che fatti del genere possano capitare ad ognuno di noi?.

Che Barbara non era un'eroina ma semplicemente un medico attento e scrupoloso nel suo lavoro.



Anna Maria PACILLI, Psichiatra Psicoterapeuta,
Responsabile Percorsi Territoriali relativi ai Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL CN1, Cuneo

BIBLIOGRAFIA

1. Nivoli GC, Loretto L, Nivoli LF, Nivoli AM. Psychopathology and risk of homicide committed by a patient with schizophrenia. Riv Psichiatr 2011; 46: 140-7.
2. Friedman RA. Violence and mental illness-how strong is the link? N Engl J Med 2006; 355: 2064-6.
3. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 393-401.
4. Monahan J, Steadman H, Silver E, et al. Rethinking risk assessment: the MacArthur Study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press, 2001.
5. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. Phil Trans R Soc B 2008; 1503: 2505-18.

BREVE RICORDO DI ALBERT B. SABIN

A 30 ANNI DALLA SCOMPARSA

di Ernesto Bodini (giornalista scientifico e biografo)



È stato uno dei più grandi ricercatori della Medicina del secolo scorso, in particolare della Microbiologia e Virologia. A lui l'umanità deve il vaccino attenuato orale contro la poliomielite, che sviluppò a partire dalle ricerche sulla coltivazione di virus in terreni cellulari. Dimostrò l'innocuità dei suoi virus, assumendoli egli stesso e somministrandoli alle proprie figlie (Amy e Deborah), oltre a due suoi collaboratori e poco dopo ad un gruppo di detenuti volontari, impegnandosi successivamente



nella diffusione del vaccino.

Questa "nobile" figura di scienziato è Albert Bruce Sabin (1906-1993), di cui quest'anno ricorre il 30° anniversario della morte. Di origine polacca, era nato il 26 agosto nel ghetto di Bialystok in un'epoca in cui imperavano gli zar, e trasferitosi con la famiglia negli Stati Uniti nel 1921 in seguito al pogrom. Figlio di un artigiano ebreo, a 20 anni era uno studente modello di Odontoiatria alla New York University; ma dopo aver letto "I cacciatori di microbi" (un best seller dell'epoca) del microbiologo Paul De Kruif (1890-1971), ne rimase affascinato tanto da cambiare Facoltà. Nel 1931 si laureò in Medicina e andò a lavorare presso l'Università di

Cincinnati (Ohio), dove sarebbe rimasto per 30 anni, divenendo assistente del dottor William H. Park (1863-1939). Ma perché Sabin scelse di studiare la poliomielite? «Iniziai per caso – affermò più volte –. Avevo appena terminato gli studi di Medicina a New York, nel 1931. Un mese dopo, scoppiò un'epidemia di polio. Avevo già fatto delle ricerche su questa malattia, che allora uccideva migliaia di persone... Fu il mio maestro, dottor Park (famoso per aver debellato la difterite), a consigliarmi di studiare la poliomielite: quindi non fu una mia scelta. Fu l'unica volta che feci qualcosa dietro suggerimento di un altro».

In questo periodo il giovane microbiologo fece la sua prima scoperta, una scoperta che avrebbe rivoluzionato completamente le conoscenze del tempo sulla natura del virus della poliomielite. Nel 1939 dimostrò che la sede prediletta del poliovirus è l'intestino, contrariamente a quanto allora si credeva: non si trattava di un virus "respiratorio", ma di un virus "enterico". Nel frattempo la poliomielite nel mondo era in aumento: nelle zone temperate si registrava il maggior numero di casi. L'età più colpita era quella infantile, a partire dal secondo anno di vita. In Europa una delle mag-

giori epidemie di polio fu quella scoppiata a Copenaghen nel 1952, mentre in America si verificarono 57 mila casi (nel 1939 fu colpito anche il presidente degli Stati Uniti, Franklin D. Roosevelt - 1882-1945). Nel resto del pianeta la situazione non era meno preoccupante. Nel 1934 due studiosi americani, Maurice Brodie (1903-1939) e John Kolmer (1886-1962), annunciarono la scoperta di un vaccino efficace contro la poliomielite; ma fu un "fallimento", con molti decessi. Ne derivò la sospensione di qualsiasi ricerca ufficiale sul vaccino antipolio. Tuttavia, nei segreti laboratori, le ricerche continuavano. In questo periodo un altro ricercatore, sino allora sconosciuto, il dottor Jonas E. Salk (1914-1995) mise a punto, utilizzando virus uccisi con formolo, tre vaccini contro la poliomielite. Bisognava però dimostrare che il preparato agisse come vaccino, cioè a protezione contro i virus naturali.

Il 26 aprile 1954 la National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP) varò ufficialmente il programma di vaccinazione di massa, per verificare la reale efficacia del vaccino realizzato dal dottor Salk. Furono vaccinati 422.743 bambini dai 6 ai 9 anni (ciascuno ricevette una dose di tre vaccini) e altrettanti bambini ricevettero un "placebo". Purtroppo il metodo Salk si rivelò inefficace, in quanto non garantiva una protezione assoluta, sicura al 100%. Fu Roosevelt ad istituire la NFIP, che raccoglieva fondi per la lotta contro la poliomielite. In poco tempo l'ente divenne noto come "March of dimes" (il dime è la moneta di 10 centesimi di dollaro), e il 20 gennaio di ogni anno (compleanno di Roosevelt) tutti i cittadini americani erano invitati a versare un dime per combattere la polio. Attraverso manifestazioni propagandistiche di star del cinema e di numerosi testimoni e con la donazione di altri più consistenti contributi, furono raccolti milioni di dollari. La NFIP poté così iniziare una serie di ricerche per un vaccino più efficace e sicuro contro il morbo. A questo scopo, nel 1949 fu varato uno studio multicentrico in varie Università statunitensi, stanziando la somma di 1.370.000 dollari e mettendo a disposizione dei laboratori 30 mila scimmie. In breve, i primi risultati dimostrarono che le migliaia di ceppi noti di poliovirus sono distinguibili in tre tipi fondamentali. Ciò significava che un eventuale vaccino, per essere efficace, avrebbe dovuto contenere gli antigeni di tali tipi.

Al Children Hospital di Cincinnati Sabin, che rispettò sempre i meriti scientifici del dottor Salk, aveva finalizzato le ricerche per la messa a punto di una sospensione di virus attenuati e nel 1953, presentò alla Commissione per l'immunizzazione della NFIP i risultati delle esperienze condotte all'inizio su 10 mila scimmie e 160 scimpanzé, e poi, su 242 persone. Poco dopo, a Singapore, vennero sottoposti a vaccinazione 200 mila bambini. Ma, per una serie di ragioni (probabilmente anche di campanilismo), Sabin non fu creduto né seguito, almeno in patria.

Così il suo vaccino trionfò nei paesi dell'Est europeo prima che in America. La prima nazione a produrre il vaccino di Sabin su base industriale fu la Cecoslovacchia, poi la Polonia, l'Urss e la Germania Orientale. Dal 1959 al 1961 furono vaccinati milioni di bambini dei paesi dell'Est, dell'Asia e dell'Europa. Poiché nei suddetti Paesi non si verificò più alcun caso di poliomielite, furono prodotti e immessi sul mercato notevoli quantitativi del vaccino Sabin "orale monovalente" contro il poliovirus tipo I, e poco dopo, anche il vaccino orale di tipo II (OPV) e il vaccino orale trivalente (OPV) valido contro tutti e tre i tipi di poliovirus. Seppur con ritardo, anche gli USA seguirono il nuovo corso. Il 1962 e 1963 furono gli anni di svolta e della riconoscenza scientifica verso lo scienziato polacco. Il prof. Sabin ha, dunque, realizzato il vaccino antipolio: realizzazione da cui non ha mai voluto guadagnare un dollaro. Infatti, si è rifiutato



di brevettare il vaccino per contenerne così il prezzo e far sì che potesse giungere a chiunque, affermando: «Non voglio che il mio contributo al benessere dell'umanità sia pagato con della moneta... I nostri sforzi devono essere rivolti per debellare le sacche di povertà che si stanno sempre più allargando. Qui troviamo i bambini più bisognosi di difesa, i piccoli che nascono da madri spesso sole, prive di ogni possibilità economica, a volte incapaci di assisterli. Sono bambini di bambini di Paesi ricchi che rischiano di morire di stenti esattamente come succede nei Paesi sottosvilupati».

Poi si è dedicato a vari importanti studi immunologici, per sconfiggere il cancro e il morbillo, seguendo la linea maestra che già gli diede la vittoria sulla polio: non tanto colpire il male, quanto attivare le difese organiche naturali. Poiché tutti dobbiamo morire, è stato una volta chiesto ad Albert Sabin, che differenza fa andarsene per cancro o infarto? «Non dobbiamo morire in maniera troppo miserabile – rispose lo scienziato –. La Medicina deve impegnarsi perché la gente, arrivata a una certa età, possa coricarsi e morire nel sonno senza soffrire». Nella sua lunga carriera, Sabin ricevette 40 lauree "honoris causa" in varie parti del mondo. Per cinque anni consecutivi (dal 1985 al 1989, ma ad eccezione del 1988) venne a Torino per partecipare e presiedere a "Incontri Internazionali Multidisciplinari sullo Sviluppo", durante i quali fu possibile parlargli, stargli accanto, fruire della sua grande disponibilità. Albert Bruce Sabin morì a Washington, per complicazioni cardiocircolari, il 3 marzo 1993. Del grande scienziato manca a molti il sorriso rassicurante, paterno. E a chi lo ha avvicinato (compreso chi scrive) manca anche la sua stretta di mano, calda e forte.

ASSEMBLEA NAZIONALE ENPAM

A. C. di Claudio BLENGINI

Come sempre avviene in primavera, secondo quanto previsto da Statuto, in data 29 04 2023 si è svolta l'Assemblea Nazionale ENPAM per approvare il bilancio consuntivo 2022. Un bilancio con luci e ombre che pur essendo stato approvato quasi all'unanimità (solo tre Ordini si sono dichiarati contrari: Ascoli Piceno, Isernia e Piacenza), lascia la possibilità di interpretare i dati proposti in modo non univoco. In aggiunta proprio i dati presentati suscitano non pochi interrogativi sui prossimi bilanci dell'Ente anche alla luce della situazione economica del paese e del peso inflazionistico che ha richiesto un adeguamento delle pensioni degli iscritti all'inflazione stessa, con ulteriore aggravio per le casse dell'Ente. Infine, di non meno importanza, l'attuale carenza di medici che dovrebbero sostituire i colleghi che sono andati in pensione (l'incremento dei pensionamenti è stato ragguardevole nell'ultimo quinquennio per tutte le categorie, seppur con differenze tra di esse). Sono proprio i contributi da loro versati che dovrebbero garantire la solidità del patrimonio da cui deriva il pagamento delle pensioni dei colleghi. Proprio per questo insieme ai dati ufficiali di ENPAM così come pubblicati, riteniamo di fare un servizio di corretta informazione ai colleghi presentando la posizione e le controdeduzioni di almeno uno degli Ordini che si è dichiarato contrario al bilancio, in modo che ciascuno possa farsi nel merito un'opinione personale. Secondo quanto dichiarato dal Presidente Oliveti in Assemblea, il patrimonio netto della Fondazione sale a 25,35 miliardi di euro. In totale nel 2022 l'Enpam ha pagato prestazioni previdenziali e assistenziali per 2,87 miliardi di euro, in aumento di 346 milioni di euro rispetto all'anno precedente, a causa della crescita del numero dei pensionati. Nonostante questo, il saldo previdenziale resta positivo. Questo dato è certamente significativo e riflette il fatto che siamo in piena gobba pensionistica, che l'Ente sostiene di aver previsto con anticipo per poterla governare, con il picco che cade proprio in questo frangente. Resta il duplice problema per lo Stato e per la categoria di riuscire a garantire per il presente e per il futuro un numero di professionisti adeguato a prendersi cura di tutti i cittadini sul territorio e di conseguenza garantire alle casse dell'Ente un gettito contributivo sufficiente a garantire l'assegno pensionistico maturato per gli anni a venire.

È palese che a pagare le pensioni siano i colleghi attualmente al lavoro, così come i pensionati di oggi lo hanno fatto per la precedente generazione durante la loro attività lavorativa. Il sistema, quindi, garantisce la continuità e mantiene l'equilibrio solo se i pensionamenti sono compensati dall'adeguata immissione nel sistema di forza lavoro a compenso.

Secondo i dati ENPAM i medici e dentisti in attività in Italia - obbligatoriamente iscritti all'Enpam - sono 365.754, in flessione rispetto all'anno precedente (-3.148), mentre i pensionati sono complessivamente 153.828 (+10.618). Allo stesso tempo sono aumentati gli studenti di medicina e odontoiatria che hanno scelto di iscriversi facoltativamente all'Enpam (5.284, cioè +779). Sempre secondo l'Ente il livello patrimoniale attuale è pari a circa 9,5 volte la spesa complessiva sostenuta per pagare le pensioni nel 2022. Lo stesso rapporto sale fino a quota 60,59 volte se si considerano invece le pensioni erogate nel 1994, che



corrisponde al requisito di sostenibilità previsto originariamente. In ogni caso è ampiamente rispettato l'obbligo di assicurare una riserva legale di 5 volte le pensioni pagate. Per quanto riguarda la funzione assistenziale prevista da statuto e svolta da ENPAM nei confronti dei propri iscritti va segnalato il sussidio bambino che è stato aumentato da 1.500 a 2.000 euro, che diventano 4.000 a figlio per le neomamme che contribuiscono alla gestione della libera professione. Visto il successo di questa iniziativa l'Ente ha sbloccato ulteriori 1,2 milioni per destinarli a 633 bimbi neonati che in un primo tempo erano rimasti esclusi dal beneficio. Altro fiore all'occhiello la "LONG TERM CARE" cioè l'assicurazione per il rischio di non autosufficienza che, con un'indennità esentasse, si va ad aggiungere all'assegno pensionistico. Questa copertura è stata estesa ormai a quasi tutti i camici bianchi se si considera che tra iscritti attivi e pensionati, copre una platea del 95,2%. Altri elementi chiave dell'intervento assistenziale di ENPAM sono: i mutui agevolati riservati agli iscritti, gli aiuti a fondo perduto in caso di calamità, i sostegni in caso di inabilità e quelli stanziati a favore dei colleghi in situazioni economiche difficili e infine i sussidi erogati per i camici bianchi che purtroppo hanno dovuto ancora fare i conti con il contagio da Covid 19. Il bilancio, infine, secondo quanto esplicitato dal Presidente nella sua relazione introduttiva, si è chiuso con un utile d'esercizio superiore ai 179 milioni di euro, dopo aver versato 147 milioni di euro di tasse allo Stato.

Fin qui la posizione dei vertici ENPAM presentata in Assemblea e da questa approvata quasi all'unanimità. Veniamo ora a rappresentare la posizione dei contrari, ecco un estratto di quanto pubblicato sul sito web dell'Ordine di Piacenza:

il Consiglio Direttivo dell'Omceo Piacenza ha scelto di affidare la valutazione del bilancio, sulla quale basare il proprio voto, al consulente di fiducia Dott. Massimo D'Amato, che nella sua relazione ribadisce alcune delle critiche già avanzate negli anni passati, sottolineando "le manchevolezze presenti nel bilancio 2022 che, senza il supporto di una legge che ha permesso di derogare alle regole che, da sempre, si utilizzano per redigere i bilanci, avrebbe chiuso per la prima volta in perdita". Manchevolezze – sostiene D'Amato – che "non permettono di capire gli aspetti sui quali si giocherà il futuro dell'Ente, cioè la gobba previdenziale

". "Il vero segnale di allarme, da sempre evidenziato e che risiede nel differenziale tra le entrate e le uscite previdenziali – spiega infatti il consulente -, arriva dai 27.563 medici che hanno chiesto di andare in pensione nel 2022 (nel 2021 erano 26.120) a confronto con il numero dei nuovi iscritti, cioè 8.274 che nel 2021 erano 13.756. La forbice pensionati-iscritti si sta ampliando sempre più. Il confronto dei numeri mostra che negli ultimi 12 anni l'aumento dei pensionati (+83%) è stato 6,4 volte quello dell'aumento degli iscritti (+13%) e l'aumento delle pensioni erogate (+166%) è molto maggiore dell'aumento dei contributi incassati (+64%)".

Riportiamo qui di seguito un estratto della relazione di valutazione sull'ultimo bilancio ENPAM del commercialista dell'Ordine di Piacenza così come riportata sul sito dell'Ordine, in particolare l'introduzione e le considerazioni finali.

Considerazioni sul bilancio consuntivo Enpam 2022

Ripetere per dodici anni sempre le stesse cose, anno dopo anno, durante l'esame dei bilanci della Fondazione Enpam, è davvero la dimostrazione dell'incapacità degli amministratori della Fondazione di recepire ciò che non è critica, ma il suggerimento sulle modifiche all'informativa sociale al fine di fornire quelle notizie davvero necessarie per valutare non solo il loro operato, ma il futuro della Fondazione. ...

Per valutare quale copertura può offrire il patrimonio ENPAM alla propria categoria, e per tranquillità degli iscritti che devono approvare la gestione di questo Consiglio di Amministrazione, si richiede, per l'ennesima volta, di sapere quando finirà la "gobba previdenziale" in cui la Fondazione è entrata. Il patrimonio ENPAM, essendo di 25mld., può coprire le attuali pensioni per 9 anni ed esso cala di anno in anno. E anche gli amministratori si sono accorti che questa copertura è diminuita drasticamente rispetto a quella indicata negli ultimi anni. In buona sostanza quindi con una redditività negativa ritratta dalla gestione del patrimonio, nonostante tutti i

costi sostenuti per approntare i piani di Asset Allocation Strategica, gli obiettivi di investimento in ottica di Asset Liability Management, i budget di rischio e l'approccio di Liability Driven Investment, solo un approccio da vecchia "scuola", che accosta l'aumento degli iscritti all'aumento delle entrate per contributi previdenziali, garantisce le future pensioni ed in tale ottica, se fossi un medico, manifesterei la mia preoccupazione per non avere informazioni sulla durata della gobba del deficit previdenziale. La gestione finanziaria risente dell'andamento del mercato, che, come evidenziatosi nel 2022 con l'inizio della guerra Russia-Ucraina, ha ribaltato tutte le previsioni effettuate e quindi da sola non può essere il sostegno delle pensioni future.

Sotto tale profilo la relazione sulla gestione potrebbe dare maggiore informativa. Restiamo, come tutti gli anni, nel campo delle ipotesi.

D'AMATO Dott. Massimo - *Commercialista*
Via San Giuliano, 6 - 29121 Piacenza
Tel. 0523/336273 Fax 0523/328762

Per coloro che vogliono ulteriormente approfondire questo l'indirizzo della pagina web dell'Ordine di Piacenza dove vengono trattati più in dettaglio questi temi:

<https://www.ordinemedici.piacenza.it/consulenza-previdenziale/voto-contrario-da-parte-dellomceo-piacenza-al-bilancio-consuntivo-2022-dell'npam-e-allaumento-della-quota-a/>

CONOSCI L'ACQUA CHE BEVI?

Il bellissimo articolo del collega Angelo Pellegrino (Chiare, fresche et dolci acque...), apparso sul numero di aprile, mi ha dato lo spunto per riprendere in considerazione l'argomento "acqua" sotto un'altra angolazione, affrontando il tema delle acque minerali imbottigliate intese come bevanda, di cui secondo le statistiche gli Italiani risulterebbero tra i massimi consumatori a livello europeo. Premettiamo alcuni dati esplicativi per comprendere meglio le tipologie delle acque "da bere". Vi sono due principali categorie: le acque per uso civile e le acque per uso speciale.

Acque per uso civile (acque potabili)

Sono messe a disposizione dei gestori della rete degli acquedotti dopo accurati controlli e trattamenti e vengono prelevate dai fiumi, dai laghi, dalla falda acquifera o dal mare (ovviamente dopo desalinizzazione). Queste acque devono essere:

- batteriologicamente pure
- con buone qualità organolettiche, cioè di gusto gradevole
- prive di mineralizzatori tossici ovvero in grado di produrre azioni farmacologiche.

Acque per usi speciali

Tra queste possiamo distinguere le seguenti sottocategorie:

ACQUE IMBOTTIGLIATE O CONFEZIONATE

Acque di sorgente: sono comuni acque potabili, imbottigliate alla sorgente delle migliori falde da cui proviene anche l'acqua immessa nelle reti idriche.

Acque da tavola: prelevate dall'acquedotto, vengono poste in un contenitore ed etichettate come "acqua da tavola o acqua destinata al consumo"

Acque minerali naturali: si distinguono dalle ordinarie acque potabili per la purezza originaria e la loro conservazione, per il tenore in minerali, oligoelementi o altri costituenti ed eventualmente per taluni loro effetti. Pertanto in etichetta possono vantare la presenza di determinati minerali anche in elevata concentrazione e alcune di esse possono essere utilizzate anche per scopi curativi sotto controllo medico (acque dietetiche).

ACQUE MEDICAMENTOSE O CURATIVE

Dette anche acque termali, si considerano "curative" se in possesso di documentate proprietà farmacologiche e cliniche a motivo delle loro caratteristiche chimico e/o fisico-chimiche specifiche. Possono essere usate in presenza di stati patologici con funzioni di prevenzione, terapia e riabilitazione ed il loro impiego avviene presso uno stabilimento termale per cure crenoterapiche su precisa prescrizione ed accurato controllo medico. A differenza dell'acqua del rubinetto, riportano sulla confezione indicazioni riguardanti la loro composizione; le caratteristiche che ci permettono di classificare le acque in commercio sono parecchie.

Gian Franco STRANI



Leggendo correttamente l'etichetta descrittiva, si può capire cosa preferire per il proprio organismo valutando parametri quali:

PRESENZA O MENO DI GAS - ci permette di distinguere tra:

- **acque naturali**, dette anche lisce o piatte o non gassate
- **acque gassate** (effervescenti naturali e frizzanti)

Le acque effervescenti naturali sgorgano dalla fonte naturalmente ricche di bicarbonati e non subiscono nessun trattamento: l'effervescenza naturale si combina con i sali minerali e gli altri elementi contenuti nell'acqua stessa.

Le acque frizzanti sono acque minerali naturali addizionate di anidride carbonica, che non modifica assolutamente le caratteristiche nutrizionali dell'acqua stessa. Entrambe le tipologie possono dissetare maggiormente: quando sorvegliate durante i pasti, favoriscono la digestione, se bevute prima tendono a ridurre l'appetito. Recentemente alcuni produttori di acque minerali frizzanti hanno rilevato difficoltà nell'approvvigionamento dell'anidride carbonica. Speriamo che si tratti di un problema transitorio.

RESIDUO FISSO

Questo valore indica il contenuto in sali minerali dell'acqua; quanto più è elevato tanti più sali sono disciolti in un litro d'acqua. In base al residuo fisso (espresso in mg/l) le acque minerali vengono classificate in:

Minimamente mineralizzate residuo fisso inferiore a 50 mg/l

hanno un'azione prevalentemente diuretica e sono indicate:

- principalmente nella calcolosi delle vie urinarie
- utilizzate anche in pediatria nella ricostituzione del latte in polvere.

Oligominerali o leggermente mineralizzate, residuo fisso inferiore a 500 mg/l

Sono quelle più facilmente reperibili sul mercato e da sole coprono più del 65% del consumo totale nazionale. Sono acque ideali da pasto: possono essere consumate senza alcuna controindicazione grazie alla composizione minerale equilibrata.

Mediominerali, residuo fisso compreso tra 500 e 1500 mg/l

Ricoprono oltre il 20% del consumo nazionale, con circa 60 marche. La maggior parte di queste acque contiene ioni bicarbonato e ioni calcio. Secondo alcuni autori, le acque bicarbonato calciche sarebbero utili in gravidanza, nell'allattamento e nell'età avanzata

Fortemente mineralizzate, residuo fisso superiore a 1.000 mg/l

Molto ricche di sali. Per l'alto contenuto in mineralizzatori (specialmente sodio, potassio e magnesio) se ne sconsiglia l'uso quotidiano. Sono da utilizzare sotto controllo medico.



ACIDITÀ

Viene espressa dal pH che dovrebbe essere compreso tra 5,4 e 6,8. Un valore inferiore a 5 acidifica troppo l'apparato digerente, col rischio di provocare disturbi gastro intestinali. Un valore superiore a 6,8 favorisce e accelera processi di ossidazione a livello cellulare, sovraccaricando così l'organismo.

UBICAZIONE DELLA SORGENTE

La maggior garanzia sotto il profilo dell'inquinamento ambientale è fornita dall'acqua di montagna, ove l'aria è ancora pulita. Infatti l'agricoltura intensiva e le lavorazioni industriali hanno inquinato purtroppo le sorgenti in modo da stravolgere le falde acquifere di molte zone di pianura.

NITRATI

Il contenuto di nitrati in un'acqua minerale è un elemento di fondamentale importanza: è sconsigliabile bere o preparare alimenti con un'acqua ove i nitrati superino i 45 mg/L (10 mg/L per i bambini). I nitrati costituiscono un evidente segnale di inquinamento che può essere di natura organica (feci di animali da allevamento spec. suini) oppure inorganica (insediamenti industriali, coltivazioni intensive). Il contenuto in nitrati deve essere basso poiché sussiste il rischio di formazione nell'organismo di nitrosamine, sostanze potenzialmente cancerogene.

SCADENZA E CONSERVAZIONE

In genere la scadenza media indicata dai produttori di acque minerali è di 2 anni.

Per una ottimale conservazione dell'acqua imbottigliata sono importanti:

- il tipo di contenitore: preferibile il vetro
- l'esposizione: la luce fa aumentare il pH ossidando l'acqua mentre il calore favorisce lo sviluppo della carica batterica

Se non vi siete troppo annoiati vi auguro una buona bevuta di acqua minerale adatta al vostro organismo.

Bibliografia

Agostini G. "Manuale di medicina termale", II edizione - Archimedita Editori, Torino, 2000
Consiglio Nazionale delle Ricerche "Trattato di idroclimatologia clinica", diretto da Messini G. - Cappelli Editore, Bologna, 1951
Duccoli G. "Le acque della salute" - Xenia Edizioni, Milano, 1993
G.F.Strani, M.Norat "Manuale di Dermatologia termale" - in corso di pubblicazione

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Marco ANGELERI	MONTEU ROERO
Silvia BORELLO	SAVIGLIANO
Mattia GIULIANO	CUNEO
Carlotta RAINERI	VICOFORTE
Alberto VIGNOLA	BRA

MEDICI REISCRIZIONE

Paola MAZZARI	SALUZZO
---------------	---------

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Francesca DAMILANO	TORINO
--------------------	--------

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

Rosanna VASCHETTO	NOVARA
-------------------	--------

MEDICI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Ghynh LE THANH	SALUZZO
----------------	---------

MEDICI DECEDUTI

Gianpaolo BONO	CUNEO
----------------	-------

NECROLOGIO

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa dei Colleghi

BONO Dr Gianpaolo
Medico Chirurgo di anni 73

A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai famigliari le più sentite e affettuose condoglianze.



**Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Cuneo**

Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

Direttore responsabile: Andrea Giorgio Sciolla

*Comitato di redazione: B. Allasia, C. Blengini, R. Gallo, U. Goglia,
G. Mozzone, A. Pellegrino, M. Vallati*

Comitato scientifico: F. Borghi, Q. Cartia, L. Fenoglio, L. Vivalda

