

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**Message in the bottle ..... pag. 12**

**Il ruolo della Bioetica e delle Medical Humanities  
Quali sfide per i futuri medici ..... pag. 19**

**Breve storia della Madrugada e del suo sviluppo ..... pag. 29**

**Enpam, bilancio consuntivo 2022 ..... pag. 48**



## VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica  
Bollettino Ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona

Anno LVIII n. 2 GIUGNO 2023

Registrazione del Tribunale di Verona  
n. 153 del 20/3/1962

### ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



VERONA - Palazzo Vitruvio Cerdone - Via Locatelli, 1 - 37122 Verona  
tel. 045 8006112 / 045 596745 - fax 045 594904  
web: [www.omceovr.it](http://www.omceovr.it)

**Direttore Responsabile**  
Roberto Mora

**Comitato di Redazione**  
Francesco Bovolin, Roberto Mora,  
Franco Del Zotti, Marco Caminati, Giulio Rigon

**Consiglio Direttivo**  
Presidente: Carlo Rugiu  
Vice-Presidente: Lucio Cordioli  
Segretario: Anna Tomezzoli  
Tesoriere: Caterina Pastori

**Consiglieri**  
Giorgio Accordini, Sandro Bellamoli, Franco Bertaso,  
Elena Boscagin, Giorgio Carrara, Amedeo Elio, Fabio Facincani,  
Letizia Formentini, Alfredo Guglielmi, Federico Gobbi,  
Umberto Luciano, Anna Maria Musso, Francesco Orcalli

**Revisori dei Conti**  
Vania Teresa Braga, Pasquale Cirillo

**Revisore dei Conti Supplente**  
Marco Barbetta

**Commissione Odontoiatri**  
Elena Boscagin, Francesco Bovolin, Umberto Luciano,  
Roberto Pace, Franco Zattoni

**Fotocomposizione e Videoimpaginazione**  
Girardi Print Factory  
Via Maestri del Lavoro, 2 - 37045 Z.I. Legnago (Vr)  
tel. 0442 600401 - [info@girardiprintfactory.it](mailto:info@girardiprintfactory.it)

**Foto di Copertina**  
Barcellona - Mercato la Boqueria  
Roberto Mora

### INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

| SPAZIO                      | 1 USCITA | 2 USCITE              | 4 USCITE              |
|-----------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|
| 1/4 pagina interna          | € 70,00  | € 50,00 (per uscita)  | € 40,00 (per uscita)  |
| 1/2 pagina interna          | € 150,00 | € 100,00 (per uscita) | € 70,00 (per uscita)  |
| 1 pagina interna            | € 250,00 | € 200,00 (per uscita) | € 150,00 (per uscita) |
| 2ª e 3ª pagina di copertina | € 400,00 | € 300,00 (per uscita) | € 250,00 (per uscita) |
| 4ª pagina di copertina      | € 600,00 | € 400,00 (per uscita) | € 300,00 (per uscita) |

## EDITORIALE

**4** *Pandemia e Disagio giovanile, un binomio pericoloso*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**6** *Verballi del Consiglio e delle Commissioni*

## ALBO ODONTOIATRI

**8** *Verballi della Commissione Odontoiatri*

## LETTERE

**9** *A proposito di liste d'attesa e della responsabilità del Medico di Famiglia*

**11** *Il problema delle Liste di attesa per esami strumentali*

## AGGIORNAMENTO

**12** *Message in a bottle*

## BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

**19** *Il ruolo della Bioetica e delle Medical Humanities. Quali sfide per i futuri medici*

## PROFESSIONE E LEGGE

**22** *Malasanità, 7 volte su 10 il medico non c'entra*

**23** *Clausola Claims Made*

## ATTUALITÀ

**24** *Incontri ravvicinati ... via WhatsApp*

**25** *Sanità digitale: futuro promettente, ma manca ancora il salto di qualità*

**26** *Rapporto Cittadinanzattiva: «Per 40% operatori sanitari carichi lavoro insostenibili»*

**27** *Allarme Medici di Famiglia dalla Fondazione Gimbe*

**29** *Breve storia della Madrugada e del suo sviluppo*

**33** *La ricetta elettronica sarà ora definitiva*

## STORIA DELLA MEDICINA

**34** *LUPI, ORSI E CINGHIALI (Sogni, realtà ed utopie)*

## FOMCeO

**37** *Superlavoro e violenza medici  
"Servono interventi normativi"*

**38** *Sanità integrativa non sostituisca SSN:  
la Fnomceo in audizione al Senato*

**39** *Convegno Pastorale Salute "Il medico sia libero  
di ascoltare la sofferenza del paziente"*

**40** *Corte dei Conti: Portare Fondo sanitario nazionale  
almeno a 136 miliardi*

**41** *Colpa medica: la ricetta Fnomceo contro  
le denunce ingiuste*

**42** *Fine emergenza globale Covid*

## ENPAM

**43** *Riscatto Enpam vs riscatto "Agevolato"  
Inps: valutare conviene sempre*

**44** *Nuovi mutui Enpam per molti più medici e dentisti*

**45** *Medici in calo, approvata la riforma della Quota A*

**45** *Quota A: ecco quanto costa davvero*

**46** *Mmg e pediatri: al via la pensione part-time*

**47** *Long Term Care: Milleduecento euro al mese per il 95%  
di medici e dentisti*

**48** *Enpam, bilancio consuntivo 2022: patrimonio sale a  
25,3 miliardi. Pagate prestazioni per 2,9 miliardi*

**49** *L'investimento dei professionisti rende  
il 4,5 per cento l'anno*

## ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE (dal 7 MARZO 2018)

|                |                           |                       |
|----------------|---------------------------|-----------------------|
| Lunedì         | dalle ore 9,00            | alle ore 13,00        |
| <b>Martedì</b> | <b>dalle ore 13,00</b>    | <b>alle ore 17,00</b> |
| Mercoledì      | CONTINUATO dalle ore 9,00 | alle ore 17,00        |
| <b>Giovedì</b> | <b>dalle ore 13,00</b>    | <b>alle ore 17,00</b> |
| Venerdì        | dalle ore 9,00            | alle ore 13,00        |
| Sabato chiuso  |                           |                       |

Rammentiamo che le pratiche ENPAM,  
si svolgeranno nei giorni di Lunedì e Mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 13,00  
su appuntamento.

# Pandemia e Disagio giovanile, un binomio pericoloso

È sotto gli occhi di tutti il crescente malessere delle fasce più giovani della popolazione che si manifesta, già dall'età della preadolescenza, con episodi di vandalismo, di bullismo nei confronti dei coetanei, di inaudita violenza in ambito scolastico verso i docenti e di microcriminalità diffusa, anche a Verona e provincia. Negli ultimi anni sono aumentati da parte dei più giovani anche l'abuso dei social e dei videogame e i disturbi del comportamento alimentare, ed è drammaticamente aumentata la popolazione dei NEET (Not in Education, Employment or Training), che, nel nostro Paese, è la più estesa d'Europa.

Il Covid 19 ha causato, oltre a 190.000 decessi, una serie di conseguenze indirette sulla salute della popolazione italiana, in particolare sulla salute mentale. A soffrirne di più sono stati i giovani – bambini e adolescenti – gli anziani e le minoranze etniche, in generale “i fragili da un punto di vista sanitario-socio-economico”.

Il disagio dei nostri giovani, già meno strutturati rispetto alle generazioni del passato, è esploso dopo la pandemia, avendo risentito sfavorevolmente degli effetti delle misure di contenimento ad essa correlate. Indubbiamente, la sospensione o la drastica riduzione dei momenti di socializzazione e di convivialità legati ai ripetuti lockdown, si sono fatti sentire maggiormente sui soggetti più giovani, nei quali sono aumentate disuguaglianze e difficoltà nell'accesso all'istruzione: in Italia le scuole sono state chiuse in media 10 settimane, e molti bambini non hanno potuto frequentare la scuola in modalità digitale, con danni irreparabili nel breve periodo.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, le famiglie, e i loro figli, hanno spesso trovato difficoltà ad avere

ascolto ed assistenza nel SSN, che, anche sotto questo aspetto, è stato messo alla frusta dalla pandemia.

Sono così venute a galla criticità importanti: già nel 2019, i servizi di Salute Mentale erano in grado di rispondere alla metà delle richieste. Secondo il dott. Stefano Vicari, direttore della UOC di Neuropsichiatria Infantile del “Bambin Gesù” di Roma, “già prima della pandemia il 10% dei bambini e il 20% degli adolescenti presentava un disturbo mentale. Tra i 10 e i 25 anni il suicidio era diventata la seconda causa di morte (Dati OMS: terza o quarta causa di morte nei bambini, a seconda dei Paesi analizzati), dopo gli incidenti stradali e molto prima dei tumori infantili”. Questa situazione di malessere giovanile pre-pandemia era dovuta “al venir meno di meccanismi di difesa, cioè di strutture educative, quali la scuola e la famiglia (intesa come comunità educante, non come modello sociale)”.

Dopo la pandemia, la situazione è peggiorata drammaticamente, laddove si guardi al numero dei ricoveri annui, triplicato nel 2022 rispetto al 2019 presso la Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale pediatrico Bambin Gesù. “Dopo due anni di pandemia molti ragazzi “non stanno bene – dice Daniela Fatarella, di Save the Children Italia – sempre più giovani sono depressi, intrappolati in qualche forma di dipendenza, abbandonati a forme di vandalismo e di violenza o di autolesionismo, spesso esaltati dalle dinamiche del branco: tutti segnali di un profondo malessere...”

I dati della ARS Toscana confermano che i disturbi psicologici degli adolescenti sono cresciuti del 15% e i comportamenti autolesionistici del 12.3%. Oggi, con l'enorme aumento delle richieste le liste di attesa si allungano:



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

chi può permetterselo si rivolge al privato, chi non può, smette di curarsi, creando le premesse per un peggioramento delle condizioni di salute. I ragazzi sono i più vulnerabili: chi ha meno risorse economiche, sociali e culturali è maggiormente a rischio di non avere una assistenza socio-sanitaria adeguata.

È importante sottolineare che la grave crisi di reclutamento di medici nei servizi di Psichiatria, desertificando i servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali, ha reso ancora più problematica l'assistenza ai pazienti da parte degli psichiatri in attività, creando, al contempo, le condizioni per un allungamento delle liste di attesa e un aumento delle difficoltà di accesso alle cure da parte degli utenti.

Ma c'è anche da sottolineare l'assoluta carenza di posti letto di neuropsichiatria infantile: in tutta Italia ci sono 100 posti letto, alcune regioni ne sono totalmente sprovviste, obbligando figli minori, e genitori, a penose trasferte. Circa la metà dei disturbi mentali si manifesta prima dei 18 anni, e con la pandemia il quadro è peggiorato: “in Italia i casi di malessere emotivo nella fascia d'età fra 14 e 19 anni sono raddoppiati dopo la pandemia (ISTAT, 2021).”

Facendo riferimento alla relazione tecnica redatta all'esito dei lavori del Tavolo interministeriale promosso

dall'ex Ministro per le politiche giovanili, Fabiana Dadone (novembre 2021), apprendiamo che:

- "già durante il primo lockdown erano aumentati i disturbi del sonno, gli attacchi d'ansia e l'aumento dell'irritabilità, secondo i dati raccolti dall'Istituto "G. Gaslini" di Genova.
- Con la seconda ondata, i tentativi di suicidio e di autolesionismo sono aumentati del 30%, secondo la casistica dell'Ospedale Pediatrico "Bambin Gesù" di Roma.
- Dispersione (definita come il mancato, incompleto o irregolare percorso scolastico da parte dei giovani in età scolare) ed abbandono scolastico: sono drammaticamente aumentati dopo la pandemia. In Italia la dispersione scolastica registra una delle incidenze più elevate d'Europa (quasi il 13%), subito dopo Romania e Spagna. "Si tratta di una popolazione particolarmente vulnerabile in termini di inserimento nel mercato del lavoro e di prospettive di inclusione sociale, non solo in giovane età, ma anche soggetta a ripercussioni negative sulle condizioni economiche future", Rapporto ISTAT 2021.
- Non meno preoccupante il dato relativo ai NEET: in Italia essi sono oltre due milioni, considerando la fascia d'età 14- 29 anni (salgono a tre milioni se alziamo il limite d'età a 34 anni). I NEET in Italia sono il 23.1% (contro una media UE del 13.1 %), con sensibili differenze nel Paese, essendo la percentuale doppia al Sud (32.6%) rispetto al Nord (16.8%). A Verona e provincia i NEET sono il 9.5% (Il Sole 24 ore, 2023), dato incoraggiante rispetto alla media nazionale, ma pur sempre degno di attenzione.

Le risposte della politica ci sembrano insufficienti a questo riguardo, quantomeno non adeguate alla gravità della situazione in atto, essendo essa impegnata soprattutto nel cercare di tamponare le falle dei servizi di Urgenza ed Emergenza e le criticità della Medicina del territorio. Tuttavia, riteniamo che anche il problema della carenza di psichiatri meriti la massima attenzione da parte della Regione e dell'Università, considerate le gravi conseguenze che può generare, a cascata, sull'assistenza di una popolazione, i giovani, ancora più fragile rispetto al passato e con sempre più gravi problemi di inserimento nella società e nel mondo del lavoro.

Anche in questo campo scontiamo un problema, che viene dal passato, di finanziamenti insufficienti: in Italia la spesa destinata alla salute mentale è pari al 3.5% del totale, con grandi disuguaglianze fra Nord, Sud e Province autonome. E le prospettive future non sono incoraggianti: nel PNRR le risorse destinate alla salute, in particolare a quella dell'età evolutiva, sono pari a zero.

Ci attendiamo un cambio di passo da questo Governo, con una maggiore attenzione ai finanziamenti a questo delicatissimo settore e ad una attenta programmazione di medici e personale infermieristico da impiegare nei Servizi Psichiatrici.

L'Italia ha una legge avanzata sulla psicoterapia, con standard formativi qualificati, una rete di professionisti diffusa su tutto il territorio nazionale, ma purtroppo, disponibile solo per chi può permetterselo: infatti, su 130.000 psicologi, solo il 5% lavora all'interno di strutture del SSN. Questa situazione,

che si configura come una vera e propria forma di ingiustizia sociale, si ripercuote sulle fasce meno abbienti e più fragili dal punto di vista culturale e sociale, rendendo più difficile l'accesso alle cure dei loro figli.

Pensiamo che la Scuola, ancor prima dell'ambulatorio di Salute Mentale, debba essere il primo punto di ascolto, di accogliimento e di screening dei segnali di malessere degli studenti, già nella fascia della scuola dell'obbligo: riteniamo che la creazione di una rete efficace "scuola-famiglia-servizio sanitario" possa intercettare precocemente le situazioni di disagio psichico e fornire valide risposte al diretto interessato/a e alla sua famiglia.

Il disagio psichico giovanile, già presente prima del 2020, ha visto nella pandemia un fattore di aggravamento e di amplificazione e può oggi essere considerato un'altra forma di pandemia, che solo una strategia ben articolata da una politica nuova, che superi vecchie barriere ideologiche, e rafforzi adeguatamente anche questo settore del Servizio Sanitario Nazionale, potrà sconfiggere.

Non dobbiamo, infine, dimenticare che i giovani rappresentano il nostro futuro e noi tutti abbiamo l'obbligo di aiutarli ad uscire da situazioni di disagio e di malessere. Tutti gli attori in causa devono sforzarsi per evitare che tali malesseri vadano verso la cronicizzazione, che può comportare una emarginazione dalla società civile, e impedire di vivere ai nostri giovani concittadini una vita appagante dal punto di vista lavorativo, in un ambito familiare sereno.

CARLO RUGIU  
PRESIDENTE OMCEO VERONA

## PENSIONATI E CREDITI ECM

*I medici in pensione che, seppur iscritti all'Albo professionale, non svolgono più l'attività non sono tenuti ad assolvere gli obblighi ECM. Laddove il medico, ancorché in pensione, svolga attività libero professionale, l'obbligo di aggiornarsi rimane sia dal punto di vista deontologico, sia sotto il profilo di legge.*

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE  
DI CONSIGLIO DEL  
22 FEBBRAIO 2023**

**Convocazione ore 20.45  
Sala Consiglio**

**Presenti:** C. Rugu, A. Tomezzoli,  
C. Pastori, F. Orcalli, G. Accordini,  
F. Bertaso, L. Formentini,  
M. Barbetta, F. Gobbi, G. Carrara,  
P. Cirillo, A. Guglielmi, V. Braga,  
A. Elio, F. Facincani, S. Bellamoli.  
**A. Musso, D. Gobbi, R. Maffioli**  
**Assenti:** L. Cordioli, A. Guglielmi,  
U. Luciano, E. Boscagin

**1) Lettura e approvazione del verbale precedente relativo al consiglio del 18 Gennaio 2023.** Il verbale viene approvato all'unanimità.

## **2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE**

2.a) Il presidente comunica di avere conferito il mandato all'Avvocato D. Gobbi per costituzione nel ricorso civile con richiesta di danni da parte del dott.XXX, sospeso da questo ordine perché inadempiente all'obbligo vaccinale. Tale costituzione deve avvenire entro la data del 10 Aprile.

2.b) Il presidente comunica inoltre che, su suggerimento del dott. Cirillo responsabile della commissione giovani medici, gli incontri con i neolaureati saranno articolati in due eventi distinti. Durante il primo incontro si

terranno tre relazioni di circa 40 minuti sugli aspetti ordinistici, gli aspetti fiscali e gli aspetti previdenziali; nel secondo incontro si affronteranno i temi legali e assicurativi. Ai neolaureati verrà consegnato l'invito a partecipare durante la seduta di Laurea da parte del rappresentante dell'Ordine.

Gli incontri avverranno in presenza. Il consiglio approva all'unanimità.

## **3) Iscrizioni e cancellazioni**

### **MEDICI - CHIRURGHI**

**Prima iscrizione art. 102 del D.L. n.18 del 17/03/2020:**  
Dott.ssa BARBA Romina Valeria  
Dott.ssa VANIN Giorgia

**Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**  
Dott.ssa CASALINO Simona da Omceo Modena  
Dott. GROTTOLETTI Francesco Antonio da Omceo Modena  
Dott.ssa KAZIBWE Sifa Mirembe da Omceo Ravenna  
Dott. LENI Riccardo da Omceo Modena  
Dott. LEONE Nicola da Omceo Treviso  
Dott. MERZARI Mario da Omceo Vicenza  
Dott.ssa SIPALA Stefania da Omceo Trento

**Cancellazione per trasferimento:**  
Dott. MALFITANO Maurizio  
Vs Omceo Imperia

**Cancellazioni per decesso:**  
Dott. CASTAGNINI Armando  
Prof. LUNARDI Claudio  
Prof. ROSA Gennaro

**Cancellazioni su richiesta:**  
Dott.ssa BENETTI Gloria  
Dott. BORTOLI Antonio  
Dott. CONTIN Renzo  
Dott.ssa MOSCO Francesca  
Dott. NAVA Paolo  
Dott. PERAZZINI Pierfederico

**Iscrizioni Albo Psicoterapeuti:**  
Dott. MELOTTI Carlo  
Dott.ssa ZANDONA' Brunetta

### **ODONTOIATRI**

**Prima iscrizione:**  
Dott.ssa UROSEVIC Marija

**Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**  
Dott.ssa DA RIN Costanza da Omceo Treviso

**Cancellazione per trasferimento:**  
Dott. FACCIONI Francesco  
Vs Omceo Rovigo

**4) Varie ed eventuali**  
4.a) Il dott. Elio comunica che in relazione alla proposta fatta durante l'ultimo consiglio ("Il dott. Elio propone al Consiglio un incontro di riflessione ed eventualmente la stesura di un documento sul nostro Sistema Sanitario alla luce dei cambiamenti dello stato sociale") verrà costituito un gruppo di lavoro da lui stesso coordinato per la stesura di un documento da portare successivamente all'approvazione del consiglio.

4.b) Il dott. Orcalli presenta una breve relazione in merito alle attività della Commissione Ospedale-territorio e della Commissione Cultura da lui coordinate. È in via di conclusione da parte della Commissione Ospedale-territorio la stesura di un documento con le linee guida per le certificazioni INAIL- INPS.  
Per quanto concerne la commissione cultura, oltre ad aver registrato un successo di presenze durante l'ultimo webinar, sono in fase organizzativa una serie di eventi in parte a distanza, in parte in presenza.

### VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 5 APRILE 2023

Ore 20.00 sala consiglio

**Consiglieri:** C. Pastori, A. Tomezzoli,  
L. Cordioli, E. Boscagin, F. Bertaso,  
G. Carrara, F. Facincani, A. Elio,  
L. Formentini, G. Accordini.

**Revisori dei Conti:** P. Cirillo,  
V. Braga, M. Barbetta e ...Ranalli

**Funzionaria amministrativa:**  
R. Maffioli

**Assenti giustificati:** C. Rugiu,  
S. Bellamoli, A. Musso, F. Gobbi,  
U. Luciano, F. Orcalli, A. Guglielmi

### Relazione del tesoriere per approvazione bilancio consuntivo 2022.

Dopo i saluti il Vicepresidente, Dott. Cordioli, lascia la parola alla tesoriere, dott.ssa Pastori, la quale illustra al consiglio le voci di bilancio consuntivo portate all'approvazione. La relazione viene tenuta, in presenza della Presidentessa del collegio dei revisori dei conti, dott.ssa Ranalli. In particolare la dott.ssa Pastori presenta alcune delucidazioni rispetto alle variazioni/scostamento del bilancio preventivo 2022, avvenute successivamente alla sua prima approvazione.

Il tesoriere illustra al consiglio tutte le voci del bilancio consuntivo 2022 (in allegato al presente verbale).

La dott.ssa Ranalli spiega che il bilancio attuale si presenta più esauriente rispetto a quelli degli anni precedenti poiché sono presenti gli allegati relativi allo stato patrimoniale dell'Ente, al conto economico che dà una fotografia dinamica del bilancio e alla nota integrativa che è un raccordo che spiega il funzionamento dei precedenti allegati.

La dott.ssa Ranalli aggiunge inoltre che le variazioni di bilancio pervenute dopo il 30 novembre sono state dovute principalmente a spese per il personale e quindi vanno in deroga alla normativa vigente.

Il consiglio approva all'unanimità il bilancio consuntivo 2022.

## COMUNICATO AGLI ISCRITTI

Abbiamo attivato il **nuovo servizio** di **segreteria telefonica**

Quando telefonerete all'Ordine sentirete la voce del RISPONDITORE AUTOMATICO, che provvederà a smistare la chiamata secondo le esigenze di chi chiama.

### LE OPZIONI SARANNO:

- PREMERE **1** PER PRATICHE ENPAM (SOLO IL LUNEDÌ E MERCOLEDÌ)
- PREMERE **2** PER COMMISSIONE ODONTOIATRI E PROCEDIMENTI DISCIPLINARI
- PREMERE **3** PER SEGRETERIA DELLA PRESIDENZA
- PREMERE **4** PER PAGAMENTI, ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- PREMERE **5** PER ECM

Senza nessun input digitato e rimanendo in linea la chiamata sarà dirottata al primo operatore disponibile.

Confidiamo di poterVi dare un servizio migliore

La segreteria dell'Ordine



# Verbali della Commissione Odontoiatri

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 14 MARZO 2023

**Presenti:** Boscagin, Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni.

Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

### Comunicazioni del Presidente:

- Progetto CAO-AIOP: il Presidente riferisce dell'iniziativa promossa da AIOP riguardante la possibilità per tutti gli iscritti di beneficiare di un contributo formativo. Il Presidente incarica il dott. Zattoni ed il dott. Luciano di informarsi e riferire alla prossima CAO.
- Il Presidente Informa la CAO di un prossimo incontro con l'avvocato Franchi per un progetto riguardante una collaborazione col dott. Capitini, già curatore della comunicazione per conto di ULSS 9, che con l'avv. Franchi appunto sta sviluppando un progetto di comunicazione da perfezionarsi con enti/organizzazioni sanitarie per migliorarne i rapporti con il mondo dell'utenza.
- Questione Corsi ASO: il Presidente relaziona sull'incontro CAO esecutivo ANDI veneto per il compenso dei commissari ASO. La cifra stabilita è di 70 euro più IVA per ora.

Vengono poi prese in esame i risultati di un colloquio per possibili irregolarità pubblicitarie, per il quale si attenderanno le azioni che il collega ha promesso, e viene decisa l'apertura di un procedimento disciplinare.

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 18 APRILE 2023

**Presenti:** Boscagin, Bovoli, Luciano, Pace, Zattoni.

Verbale: approvato all'unanimità con un approfondimento che curerà il dott. Bovolin.

### Comunicazioni del Presidente:

- Progetto AIOP: il dott. Zattoni ha contattato il dott. Granata ma non ha ancora avuto risposte. Lo ricontatterà per gli sviluppi della situazione relazionerà i presenti alla prossima riunione CAO.
- Il Presidente informa i presenti della circolare FNOMCeO riguardante una richiesta di parere al ministro della salute su campo di applicazione art. 6-bis del decreto legge 23/07/2021 n- 105. Viene deciso di scrivere un articolo da pubblicare sul sito.
- Il Presidente informa i presenti che parteciperà alle "Giornate Irpine 2023" che si terranno il 5 e 6 maggio p.v. ad Avellino
- Il Presidente informa i presenti che è stato aperto procedimento disciplinare dott. JJ da parte dell'Ordine di Brescia, nostro iscritto doppio Albo. Dopo la lettura della comunicazione pervenuta contenente il capo di incolpazione a carico del dott. JJ questa CAO attenderà di conoscere l'esito del procedimento stesso.
- Caso XX – viene ripercorso il caso in toto. Il dott. XX ha fatto scrivere dal suo avvocato per avere lumi sul problema della dizione in esame. Viene letto un parere di merito a firma dott. landolo che riguarda caso analogo e rilasciato ad altro Ordine ma che calza perfettamente con il nostro caso. Viene deliberato di inviare il parere al dott. XX ed al suo avvocato.

Due relazioni istruttorie poi esaminate portano alla decisione di due "archiviazioni".

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 09 MAGGIO 2023

**Presenti:** Boscagin, Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni.

Lettura e approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

### Comunicazioni del Presidente:

- Progetto CAO AIOP: prende la parola il dott. Zattoni che sta seguendo in contatti e informa i presenti sugli sviluppi della vicenda. La CAO ritiene il progetto interessante e chiede al dott. Zattoni di approfondire i temi e gli aspetti organizzativi e di riferirne poi alla prossima CAO.
- Il Presidente informa che la CAO Nazionale, in collaborazione con ONAOSI, ha predisposto una lettera di presentazione per informare gli odontoiatri neo iscritti sui vantaggi e le modalità di iscrizione all'ente. La CAO delibera di darne diffusione sul sito dell'Ordine.
- Ordinanza del Ministero della Salute del 28 aprile 2023- utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie: Il Presidente informa i presenti che con nota del 03/05/2023 la FNOMCeO ha richiesto un intervento affinché le previsioni di cui all'art. 1, comma 4 della suddetta ordinanza possa essere applicato anche agli studi odontoiatrici.
- Circolare FNOMCeO su Equo Compenso: il documento, già inviato a tutti i componenti CAO, viene letto per sommi capi. Si apre un ampio dibattito e si attendono ulteriori sviluppi normativi.
- Corso integrazione per presidenti CAO: il Presidente informa i presenti che si terranno dei corsi on line sui procedimenti disciplinari riservati ai presidenti CAO.



# A proposito di liste d'attesa e della responsabilità del Medico di Famiglia

*Preg. mo*

*Presidente dell'Ordine dei medici di Verona, Ruggi dott. Carlo, sono un medico di base (MMG) che esercita a Verona dagli anni 80.*

*Volevo intervenire sul problema delle liste d'attesa a cui il quotidiano locale L'arena, ha dedicato in data 30.4.2023 un ampio articolo (ipotizzando anche una certa responsabilità da parte dei MMG) e al cui giornale ho spedito le riflessioni che seguono.*

*Penso che la storia sia maestra di vita e, anche in questo caso, possa darci qualche spiegazione.*

*Nel 1978 è stata varata la riforma del servizio sanitario nazionale (SSN). La figura del MMG era un caposaldo a cui il SSN affidava il compito di essere il primo avamposto per la gestione della salute del cittadino che poteva scegliere tra una lista di medici convenzionati retribuiti in base numero di pazienti in carico.*

*A quei tempi il concetto di prevenzione sanitaria era già presente ma ancora come si suol dire "in erba". Erano da poco stati diffusi i risultati dello studio di Framminghan che indicava come lo stile di vita, lo stress, la familiarità ed alcuni fattori di rischio potessero essere alla base di circa il 50% delle cause di morte della nostra epoca (infarti, ictus, etc.). All'epoca quindi il SSN affidava ai MMG il primo intervento di diagnosi e terapia, avocando a sé, tramite le strutture di secondo livello (USL), la vera e propria organizzazione della sanità nel territorio, compresa la prevenzione attraverso i distretti sanitari.*

*Negli anni a seguire emerse progressivamente il problema del contenimento della spesa sanitaria per cui le USL furono trasformate in aziende (ASL) nella convinzione che una ge-*

*stione manageriale avrebbe prodotto un servizio migliore ad un minor costo. In questa ottica un'impresa che si rispetti cerca di offrire al consumatore (il cittadino) un servizio che tenga conto delle richieste attese, prevedendo quale sarebbe stato il carico di lavoro (gestione della salute) richiesto dal mercato, ancor di più se chiede un ticket per le prestazioni offerte. Per esempio poniamo che a Verona ci siano 250.000 abitanti e di questi 40.000 abbiano un'età intorno ai 45/50 anni; è verosimile che questi 40.000 si sottoporranno ad almeno una volta ad elettrocardiogramma, non perché malati di cuore ma semplicemente perché a questa età è un esame d'obbligo.*

*Questo vale per tanti altri esami che oggi si fanno al solo scopo di controllare il rischio e che dovrebbero essere stati programmati dalle strutture di secondo livello come i distretti sanitari che invece si limitano a fare pap-test e vaccini.*

*Quindi un'impresa di servizi funziona se è in grado di fare fronte a queste richieste. Altrimenti l'azienda fallisce. Oltre a questa attività di pura prevenzione, vi era da programmare tutta una serie di accertamenti, indagini, prestazioni ambulatoriali, ricoveri, programmi di riabilitazione in base al numero di malati attesi come normale gestione dell'attività sanitaria vera e propria. Ciò non è stato possibile per via del blocco delle assunzioni, anche se, non di rado, il danaro per l'acquisto di attrezzature tecnologiche di cui fregiarsi, si è trovato. Se ciò indica la volontà dell'azienda di crescere, d'altra parte essa non può correre il rischio di trascurare un elemento fondamentale della sua missione: quelli che vengono definiti LEA: Livelli Essenziali di Assistenza, bussola per l'orientamento nella spesa pubblica.*

*È comunque noto che, in un'azienda di servizi, le risorse umane sono la maggior ricchezza su cui puntare.*

*In questi anni i MMG hanno continuato a fare il mestiere per cui erano stati progettati, costretti tra un rapporto di lavoro convenzionato e la necessità di soddisfare le richieste dei pazienti. È noto infatti che il MMG sia pagato in base al numero dei pazienti che gli danno la fiducia (mutuati) ma che, allo stesso tempo, gli sia richiesto dall'ASL un controllo sulla spesa sui farmaci e sugli accertamenti diagnostici. Il sistema di misura usato è la patologia medica: cioè la malattia in sé.*

*Un'essenza che esiste solo in forma teorica in quanto elemento comune in più pazienti ma, tra loro, del tutto diversi per moltissime altre cose e che non arrivano in ambulatorio con la diagnosi scritta in fronte, tutt'altro. Infatti il medico deve rispondere ai pazienti che arrivano con le richieste più disparate utilizzando l'unico metro di misura che ha: la clinica medica (la medicina fatta al letto del paziente) per poi prendere decisioni che, a volte, possono non essere gradite al paziente.*

*Al di là dei pazienti ipocondriaci o di quelli che cercano nella figura del medico, con frequenti accessi, una risposta a problemi personali (solitudine, etc.), negli ultimi anni sono subentrato le conseguenze dei consigli del dottor Google. E qui il MMG si scontra con una realtà molto complessa a cui non è per niente facile trovare una linea di indirizzo coerente con la propria deontologia. A fronte di pazienti obesi, fumatori, che non si sono mai misurati la pressione in vita loro, che vedono il proprio MMG solo per il rinnovo decennale della patente e a cui, a mala pena, si riesce a proporre un minimo di esami del sangue, ci sono*

*pazienti scrupolosissimi, con uno stile di vita impeccabile, a cui non è facile negare un'indagine diagnostica in quanto hanno familiarità per qualche malattia poco prevedibile in termini di diagnosi precoce.*

*A complicare le cose è arrivata l'informatizzazione dell'attività del MMG che, se da un lato viene sbandierata come una tecnologia di cui non si può fare a meno, in realtà è soprattutto un controllo dall'alto della spesa sanitaria a cui il MMG non può sottrarsi, pena l'impossibilità di svolgere il proprio lavoro.*

*Questo ultimo aspetto, come molti studi dimostrano si sta rivelando fonte di notevole stress con situazioni chiaramente a rischio di burn-out per il MMG e con un elevato rischio di errori professionali.*

*Le liste di attesa sono quindi intasate per vari motivi: non vi è stata programmazione dei bisogni sanitari dei cittadini da parte dell'azienda sanita-*

*ria. I medici ci sono e fare il medico è sempre stato un ottimo e ambito lavoro, anche se non esiste un lavoro perfetto.*

*Tutti scegliamo il lavoro migliore che possiamo. Se i giovani medici oggi non scelgono di fare il MMG è solo perché non sono attratti dall'attuale mansione svolta dai MMG, nonostante lo stipendio sia dignitoso.*

*I MMG infatti sono chiamati a fare un lavoro di trincea che consiste, per l'80 % del loro tempo, nello svolgere attività burocratiche per conto del proprio datore di lavoro (ASL), essendo la parte nobile del loro lavoro (clinica) per cui sono stati formati per lunghi anni, schiacciata sia dall'alto (le linee guida per le prescrizioni soddisfano criteri di contenimento di spesa e non di deontologia professionale) sia dal basso (i cittadini sono molto più informati solo che non sanno utilizzare le nozioni sanitarie che autonomamente estraggono dal web. Essendo i MMG l'avamposto della sanità, va*

*da se che, con i presupposti appena descritti, essi siano i primi contro cui la popolazione scateni la propria aggressività come i fatti degli ultimi giorni stanno a dimostrare.*

*È molto facile scatenarsi contro il medico con cui ci si trova obbligati a rapportarsi per un proprio bisogno primario come la salute.*

*Altre forme di protesta richiedono una presa di coscienza più profonda assieme ad un certo impegno civico.*

*Ringrazio per l'attenzione*

Verona, 8.5.2023

**DOTT. DANIELE CARETTA**

MEDICO CHIRURGO

SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

VERONA

[www.dottorcaretta.it](http://www.dottorcaretta.it)

## ECM GRATUITO SULLA SALUTE DIGITALE

Da oggi venerdì 19 maggio 2023 tutti i medici e i dentisti, accedendo alla piattaforma **Tech2Doc** dell'**Enpam**, potranno seguire un corso Ecm gratuito sulla salute digitale. Il corso garantirà ai partecipanti il rilascio di 5 crediti formativi e sarà il primo di una serie di 4 appuntamenti che potranno essere seguiti anche indipendentemente uno dall'altro. "La sanità digitale non è di là da venire, ma è già tra noi e di fronte alla sfida delle continue innovazioni tecnologiche dobbiamo ripensare la nostra professione – ha commentato il presidente dell'Enpam **Alberto Olivetti** -. Bisogna quindi fare in modo che l'intelligenza artificiale e tutti i nuovi strumenti digitali non arrivino a minacciare il lavoro di medici e odontoiatri, ma diventino un amplificatore delle loro competenze".

Tutti e quattro i corsi proposti attraverso il portale [Tech2Doc.it](http://Tech2Doc.it) avranno al centro lo sviluppo della sanità digitale e potranno contare su **Healthware Group** in qualità di partner scientifico e su **Metis** quale provider Ecm. Gli appuntamenti su **Tech2Doc**, tutti gratuiti, saranno organizzati in quattro distinti corsi di formazione a distanza (Fad), in ognuno dei quali verrà approfondito un aspetto diverso. Il primo corso, già disponibile, presenterà un focus sui cambiamenti che stanno avvenendo nel percorso di cura. Il secondo modulo, che verrà rilasciato a giugno, riguarderà invece lo sviluppo e la validazione degli strumenti di digitalizzazione sanitaria. Il terzo Fad, che sarà disponibile sul sito **Tech2Doc** da luglio, sarà dedicata alla regolamentazione e ai modelli di accesso. Infine, per agosto, è fissato il rilascio dell'ultimo corso che presenterà un approfondimento sulle applicazioni specifiche della salute digitale.

# *Il problema delle Liste di attesa per esami strumentali*

Una delle cause, se non la principale, dell'esasperante, progressivamente crescente e pericoloso allungamento delle liste di attesa per esami diagnostici strumentali è la cronica e diffusa INAPPROPRIATEZZA nella richiesta dei medesimi, che viene stimata intorno al 30-40% del totale.

Ciò significa che annullando tutte o buona parte delle richieste inappropriate, la lunghezza delle stesse liste verrebbe drasticamente ridotta, attenuando notevolmente il rischio di ritardare l'esecuzione di esami realmente necessari.

L'inappropriatezza è dovuta agli ERRORI PRESCRITTIVI talora commessi dai Medici (si noti bene, non solo da alcuni Medici di Famiglia ma anche, e spesso in modo preponderante, da alcuni Specialisti (ospedalieri, universitari e territoriali) che non rarissimamente richiedono esami non strettamente necessari nell'ambito della loro stessa branca di competenza), quasi mai per disinformazione circa la necessità o l'utilità di un particolare esame, più spesso per accondiscendenza nei confronti dei pazienti che, "istruiti" dai mass media televisivi, radiofonici e giornalistici, insistono pesantemente per essere sottoposti ad accertamenti inutili e potenzialmente dannosi (vedasi l'esposizione alle radiazioni), essendo diffusa tra gli stessi pazienti l'opinione che "un medico che prescrive pochi esami non è un buon medico"(!), e, ancora, a causa della preoccupante diffusione della c.d. "medicina difensiva" che induce gli operatori sanitari a cautelarsi nei confronti di possibili denunce da parte dei pazienti prescrivendo esami laboratoristici e strumentali anche per patologie la cui diagnosi può essere tranquillamente posta senza ricorrere ai medesimi (un esempio

banale, da cardiologo quale sono: perché mai richiedere l'esecuzione di un ECOCARDIOGRAMMA, addirittura la ripetizione annuale dello stesso (!) per un paziente affetto da ipertensione arteriosa lieve o moderata e stabilmente ben controllata dalla terapia farmacologica in atto?).

Pur ritenendo utopistica la possibilità di azzerare l'inappropriatezza prescrittiva, sono convinto della possibilità di ridurla notevolmente promuovendo l'OBBLIGATORietà DI RICHIEDERE UN ESAME STRUMENTALE IN BASE A PRECISI PROTOCOLLI PRESCRITTIVI formulati non tanto dal Ministero della Salute, bensì dalle SOCIETÀ MEDICO-SCIENTIFICHE NAZIONALI o INTERNAZIONALI, dunque dagli organi di guida informativa SCELTI DAGLI STESSI MEDICI che non si sentirebbero in tal modo sminuiti nella loro autonomia decisionale e potrebbero appellarsi agli stessi protocolli in caso di denuncia per presunta incompetenza.

Si otterrebbe in tal modo un netto accorciamento delle liste di attesa, oltre che un significativo risparmio economico-sanitario (si tenga presente che il sopracitato esame ecocardiografico è incomparabilmente meno costoso e di più semplice e veloce esecuzione di altri, come, ad esempio, TAC e RNM, questi ultimi ormai prescritti in modo del tutto "selvaggio" (si chiedi ai Radiologi se ciò non corrisponde al vero!). Due banali esempi: perché mai prescrivere una TAC o una RNM CEREBRALE a un 80-90enne affetto da modesta sintomatologia vertiginosa?

Che cosa mai ci si aspetterà di ricavare se non il rilievo di "modesti diffusi segni di degenerazione ischemica cronica" compatibili con l'età?

Perché non sentire prima il parere di un O.R.L.?

Perché mai prescrivere una ANNUALE ripetizione di un DOPPLER dei TRONCHI SOVRA-AORTICI a soggetti con già documentata modesta patologia aterosclerotica carotidea, già correttamente posti in trattamento con statine e aspirina e del tutto asintomatici?

Altro elemento in causa nel problema delle liste di attesa per esami strumentali è il MANCATO CAPILLARE DECOLLO delle U.T.A.P. (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), queste ultime in grado, oltre che di alleggerire il superlavoro dei P.S. e degli specialisti ospedalieri, di fornire esami strumentali "semplici" come gli elettrocardiogrammi e alcuni esami ecografici, e potenzialmente attrezzabili, a basso costo, per controlli biumorali come quello di emocromo e I.N.R. Protrombina.

DOTT. LORENZO BOLOMINI (VR)  
CARDIOLOGO VOLONTARIO  
DI EMERGENCY E DEL  
CE.SA.IM. DI VERONA





# Message in a bottle

**Tirrenia (Pisa, Italia), 2 luglio 2020**

È una calda e afosa giornata di inizio estate. Francesco, come tutte le mattine, si alza di buon'ora e, dopo essersi preparato il caffè, lo sorseggia lentamente stando comodamente seduto in veranda ad ammirare il maestoso spettacolo del mare toscano. "Che fortunato sono – pensa fra sé e sé – ad abitare in riva al mare. Posso stare all'aria aperta tutto il tempo che voglio e non trascorrere le giornate chiuso in casa come un topo". Esattamente 30 anni dopo l'ultima devastante pandemia da COVID-19, infatti, l'Italia (e il resto dell'Europa) è nuovamente in lockdown a causa di un virus respiratorio fino ad ora sconosciuto. La malattia infettiva, chiamata SARS-HN-50, provoca una gravissima polmonite con insufficienza respiratoria che ha causato già oltre 100.000 morti nel nostro Paese in meno di 6 mesi, mietendo vittime soprattutto tra gli anziani e i pazienti fragili con gravi patologie croniche.<sup>1</sup>

Francesco si dirige con passo lento, vista la non più giovane età, verso la riva indossando la caratteristica T-shirt rossa con la scritta "Salvataggio", anche se sa bene che quella mattina non avrebbe salvato nessuno in mare. La spiaggia è deserta e il panorama è ben diverso dal solito spettacolo di questo periodo, fatto di bambini che schiamazzano ovunque, venditori ambulanti e un odore diffuso e nauseabondo di crema abbronzante al cocco. In quella calma desolante, Francesco decide di fare una passeggiata lungo il bagnasciuga. Dopo aver percorso alcuni metri, la sua attenzione viene catturata da un luccichio proveniente dal fondale, dove l'acqua è ancora bassa. È una bottiglietta di vetro. "Incredibile, – pensa – è da più di tre mesi che siamo in lockdown e il mare continua a restituire immondizia!" Raccoglie la bottiglia per gettarla nel contenitore del vetro quando, con stupore, nota che è tappata e al suo interno c'è un foglio arrotolato. "Un

messaggio!" pensa, mentre un sottile brivido gli percorre la schiena. Impaziente, la stappa subito e, srotolato il foglio, inizia a leggerlo. Nonostante la carta sia alquanto ingiallita dal tempo, le parole sono abbastanza nitide e si riescono a leggere chiaramente. Questo è il testo preciso:

**"Porto Venere (La Spezia, Italia), 27 luglio 2023**

Buon giorno, spero che qualcuno prima o poi legga questo messaggio, perché contiene a mio avviso informazioni estremamente importanti. Mi trovo in vacanza con la famiglia in questa splendida località ligure e oggi, approfittando di una gita in barca e della momentanea distrazione dei miei compagni di viaggio, ho affidato al mare questa mia lettera. La pandemia da COVID-19 è oramai giunta al termine e sembra un lontano ricordo: le persone vogliono dimenticare a tutti i costi i tristi momenti del lockdown e dei camion che trasportavano le bare dei loro cari. Ma è giusto dimenticare? È giusto nascondere la polvere dei ricordi sotto il tappeto? Secondo me no. Dobbiamo fare tesoro di ciò che ha funzionato ed analizzare, il più obiettivamente possibile, le criticità occorse in modo da evitarle in caso di future pandemie. Una di queste ultime riguarda sicuramente la gestione della terapia del COVID-19 con il plasma iperimmune. Cercherò di presentarvi la problematica il più chiaramente possibile attraverso pochi punti.

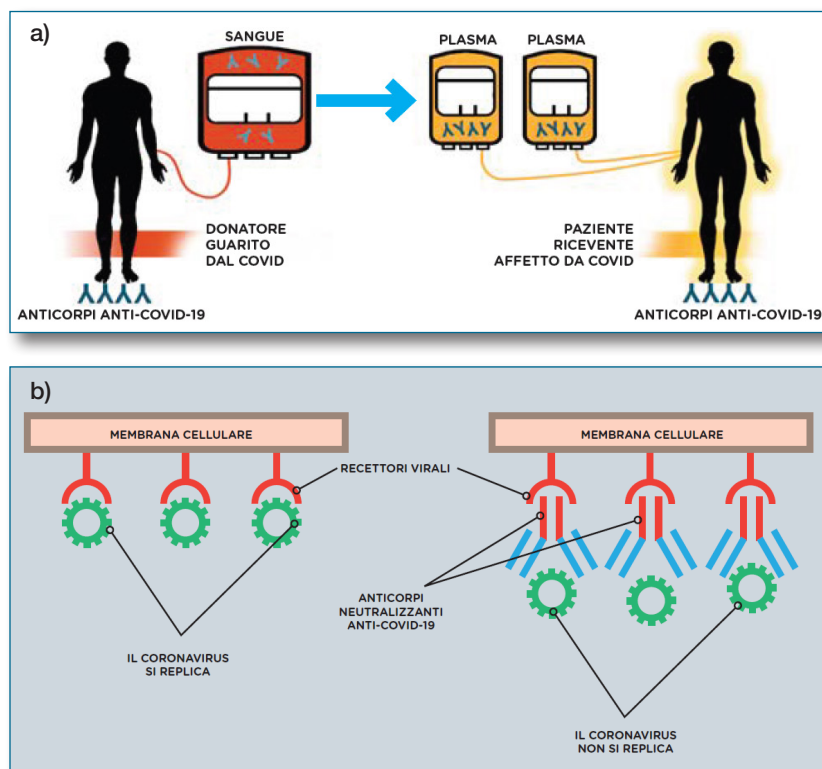
## 1) Cos'è il plasma iperimmune contro il COVID-19

Il plasma iperimmune è un emocomponente derivato dalla donazione, mediante aferesi, da parte di individui guariti dal COVID-19. Questo prodotto biologico è ricco di anticorpi in grado di bloccare la replicazione del SARS-CoV-2 (i cosiddetti anticorpi

neutralizzanti) e quindi la progressione della malattia virale verso forme avanzate, gravi e difficilmente controllabili.<sup>2</sup> Il plasma iperimmune si può definire una immunoterapia passiva e sostitutiva, in cui gli anticorpi vengono trasferiti mediante trasfusione da un soggetto guarito ad un ammalato che ancora non li ha sviluppati.<sup>3</sup>

Alla stessa categoria terapeutica appartengono le immunoglobuline iperimmuni e gli anticorpi monoclonali anti-COVID-19. Tuttavia, mentre il plasma iperimmune viene prodotto artigianalmente presso i centri trasfusionali pubblici pochi giorni dopo che i primi pazienti sono guariti, le immunoglobuline iperimmuni e gli anticorpi monoclonali sono prodotti dalle industrie farmaceutiche e richiedono alcuni mesi di tempo prima della loro commercializzazione.<sup>4</sup> Ne consegue che gli unici anticorpi specifici disponibili fin da subito in caso di pandemia da un patogeno per cui non esistano già farmaci sono sempre quelli del plasma iperimmune (ed effettivamente è quello che è capitato negli ultimi 120 anni, a partire dal tetano fino alle recenti epidemie di SARS, MERS ed Ebola).<sup>5</sup> Il plasma iperimmune viene quindi utilizzato in emergenza, e finché non vengono commercializzati farmaci biologici o sintetici specifici. Nella pandemia da COVID-19, ad esempio, il plasma iperimmune è stato utilizzato nei paesi occidentali a partire da marzo 2020, mentre i primi anticorpi monoclonali sono arrivati negli ospedali solamente un anno dopo (marzo 2021).<sup>6</sup> Ovviamente, prima di essere utilizzato, il plasma iperimmune viene testato per escludere la trasmissione di altre malattie infettive, in base alla normativa vigente, e vengono selezionate le unità più ricche di anticorpi neutralizzanti (per il COVID-19, titoli uguali o superiori a 160 o, addirittura, a 320).<sup>7,8</sup>

La ricerca attorno al plasma iperimmune è continuata in questi tre anni



**Figura 1** - Figura 1. Raccolta ed utilizzo del plasma iperimmune contro il COVID-19 (a) e meccanismo d'azione del plasma iperimmune (b). Figure riprodotte su autorizzazione dell'Editore da: Franchini M. I misteri del plasma iperimmune. Freedom. Luglio 2021. Pag. 38-47.

di pandemia e oggi giorno si è riusciti ad ottenere un prodotto estremamente sicuro e ricco di anticorpi neutralizzanti anti-SARS-CoV-2 grazie al plasma raccolto da donatori abituali della rete trasfusionale italiana che sono sia vaccinati almeno due volte contro il COVID-19 che guariti recentemente dall'infezione. In questo modo il plasma iperimmune, chiamato anche vax-plasma, contiene altissimi livelli di anticorpi (la precedente vaccinazione anti-COVID-19 rappresenta uno stimolo formidabile alla produzione di anticorpi in caso di successiva infezione) diretti contro la variante diffusa in quel periodo.<sup>9</sup> Il plasma iperimmune è quindi l'unico prodotto biologico in grado di seguire in tempo reale tutte le mutazioni del SARS-CoV-2: in altre parole, è sempre al passo con l'evoluzione naturale del virus.<sup>10</sup>

Alcuni ricercatori hanno asserito che i principali ostacoli all'utilizzo del plasma iperimmune sono i costi elevati di questo prodotto e la ridotta sicurezza,

in particolare l'aumentato rischio di complicanze tromboemboliche. Entrambe queste affermazioni sono indiscutibilmente errate e basate su falsi pregiudizi. La raccolta del plasma in Italia avviene attraverso la rete dei donatori abituali la cui donazione è volontaria, anonima e non retribuita. Essendo quindi il prodotto gratuito, l'unico costo è quello legato alla lavorazione e all'esecuzione dei test di laboratorio necessari per la validazione biologica dell'emocomponente. Ebbene, in base a questa analisi, il costo di un'unità di plasma iperimmune da 300 ml è inferiore ai 100 euro (86 euro per la precisione), dalle 10 alle 20 volte inferiore ad una fiala di anticorpo monoclonale! Per quanto riguarda la sicurezza del plasma iperimmune è ormai assodato che questo prodotto biologico ha una bassa incidenza di reazioni avverse (inferiore all'1%), incluse le reazioni trasfusionali e le complicanze tromboemboliche, che invece sono relativamente frequenti nei pazienti con COVID-19 in fase avanzata a cau-

sa dei processi infiammatori e dell'attivazione della coagulazione innescati, talvolta in maniera irreversibile, dal virus.<sup>11-16</sup> Questo dato, comunque, non deve sorprendere affatto considerando che il plasma standard, a cui appartiene il plasma iperimmune, viene utilizzato quotidianamente da più di 40 anni in maniera sicura in bambini, gravide e soggetti fragili.

## 2) Il plasma iperimmune è efficace contro il COVID-19?

Essendo stato il primo prodotto utilizzato contro il COVID-19, il plasma iperimmune è stato anche quello di gran lunga più studiato (oltre 50 studi randomizzati e centinaia di studi non randomizzati).<sup>17</sup> Grazie a questa intensa attività di ricerca, oggi abbiamo informazioni importanti e definitive riguardo la sua efficacia: lezioni che la storia ci aveva già insegnato, ma che ci eravamo dimenticati. Innanzitutto, sappiamo con certezza che il plasma iperimmune (esattamente come tutte le altre terapie antivirali) funziona meglio quando viene somministrato precocemente, cioè entro tre giorni dall'infezione.<sup>18</sup> Questo significa che quanto prima viene trasfuso il plasma iperimmune, tanto più è efficace nel bloccare la progressione dell'infezione virale. Questo significa anche che il setting clinico migliore per la trasfusione di questo prezioso emocomponente è quello dei pazienti non ancora ospedalizzati. Il prof. David Sullivan dell'Università Johns Hopkins di Baltimora, in uno studio randomizzato pubblicato sul *New England Journal of Medicine*,<sup>19</sup> ha infatti chiaramente dimostrato che il plasma iperimmune utilizzato prima del ricovero è estremamente efficace nel bloccare la progressione del COVID-19 e l'ospedalizzazione dei pazienti, evitando così le conseguenze nefaste che purtroppo ben conosciamo.

Questi dati sono stati poi confermati, su una casistica più ampia di studi randomizzati, da una recente metanalisi.<sup>20</sup> Tale riscontro (cioè l'efficacia del plasma iperimmune se utilizzato precocemente), tuttavia, non è assolutamente una novità, essendo già stato ampiamente evidenziato in passato da studi (incluse revisioni sistematiche e metanalisi) riguardanti prece-

denti pandemie da virus respiratori (la SARS del 2002 e la MERS del 2012, ad esempio).<sup>21</sup>

Sappiamo, inoltre, con certezza che l'efficacia del plasma iperimmune è direttamente proporzionale alla quantità di anticorpi neutralizzanti presenti in esso e alla presenza o meno di anticorpi anti-COVID-19 nei pazienti prima della trasfusione. Ovviamente, i pazienti sieronegativi (cioè senza anticorpi anti-COVID-19) sono quelli che traggono maggior beneficio da questa immunoterapia passiva.<sup>22,23</sup> A questa categoria di pazienti fragili appartengono soprattutto gli oncologici e gli onco-ematologici, i trapiantati e gli immunodepressi (per patologie congenite o in seguito a terapia immunosoppressiva). Stiamo parlando di oltre 500.000 persone solo in Italia! Essi purtroppo non sono in grado di difendersi (cioè di produrre anticorpi contro il virus, né dopo il vaccino né durante l'infezione) e perfino la variante omicron, che per gli individui con un normale sistema immunitario è paragonabile ad una banale influenza, può rivelarsi per loro una grave minaccia per la vita.

Parliamo ora degli studi sul plasma iperimmune. Abbiamo pubblicato recentemente lo studio dell'Ospedale di Mantova (complessivamente 405 pazienti consecutivi trasfusi con il plasma iperimmune durante le prime due ondate pandemiche),<sup>24</sup> la cui esperienza si aggiunge a quella della Regione Veneto (complessivamente 1517 pazienti con COVID-19 trasfusi nello stesso periodo di tempo).<sup>25</sup> Si tratta di due studi non randomizzati, ma ugualmente importanti perché fotografano in tempo reale (studi "real-life") la gestione del COVID-19 durante la fase più critica dell'emergenza pandemica, cioè quella del primo anno. Nonostante siano stati condotti in maniera indipendente, i risultati sono molto simili: la mortalità per COVID-19 nei pazienti ricoverati in epoca pre-vaccinale (per la maggior parte con forme gravi della malattia infettiva) e trasfusi con il plasma iperimmune è stata inferiore al 15%, circa la metà della mortalità generale registrata nei pazienti ospedalizzati nello stesso periodo con forme simili di COVID-19. Detto questo,

è innegabile che la maggior parte degli studi pubblicati, in particolare gli studi randomizzati, non ha mostrato un beneficio clinico del plasma iperimmune nei confronti delle terapie standard per il COVID-19 (soprattutto il cortisone). Perché questa discrepanza? Quando il dott. Giuseppe De Donno, il pioniere della plasmaterapia in Italia, ad aprile 2020 si era reso conto che i pazienti con COVID-19 meno avanzato rispondevano meglio al plasma iperimmune, abbiamo immediatamente modificato il nostro approccio terapeutico anticipando il più possibile questo trattamento biologico. Ebbene, questo ci ha consentito di abbassare sensibilmente il numero di giorni tra la comparsa dei sintomi e la trasfusione di plasma, con notevole beneficio sull'outcome dei pazienti.<sup>26,27</sup> Con lo scopo di trattare i pazienti con il COVID-19 il più precocemente possibile, siamo andati addirittura ad intercettare i malati all'interno di una RSA!<sup>26</sup> Purtroppo, queste modifiche "in corso d'opera" non sono possibili con gli studi randomizzati, dove il protocollo è pressoché blindato. Essi sono, per così dire, "ingessati" e poco flessibili e tra la loro ideazione e l'arruolamento del primo paziente spesso passano parecchi mesi. IL SARS-CoV-2 è invece un virus estremamente mutevole, così come lo sono le nostre conoscenze su di esso. Abbiamo infatti imparato dalla gestione della pandemia che quello che è vero oggi, può non essere più valido dopo qualche giorno.

Mi piace, a questo punto, citare uno dei lavori più importanti che ho pubblicato fino ad ora e a cui sono particolarmente affezionato. Si tratta di un lavoro pubblicato sulla prestigiosa rivista *Clinical Microbiology Reviews* e che ha visto, oltre alla collaborazione mia e dell'amico Daniele Focosi, anche quella dei colleghi americani delle Università della Mayo Clinic e del Johns Hopkins Hospital.<sup>28</sup> Con pazienza certosina abbiamo analizzato approfonditamente tutti gli studi fino ad ora pubblicati sul plasma iperimmune nel COVID-19 analizzandone le criticità e ricercando i possibili segnali di efficacia. Non è stato difficile trovare punti di debolezza nella maggior parte degli studi randomizzati (soprattutto utilizzo tardivo del plasma iperim-

ne contenente basso titolo di anticorpi neutralizzanti) per il motivo che vi dicevo poco fa: il protocollo utilizzato dalla maggior parte di essi era obsoleto (risaliva a parecchi mesi prima) e sicuramente non aggiornato con le più recenti acquisizioni riguardanti i settori della biologia del SARS-CoV-2, dell'evoluzione clinica del COVID-19 e dell'approccio terapeutico. Viceversa, abbiamo ricercato segnali di efficacia clinica del plasma iperimmune verificando se gli studi avevano eseguito delle sotto-analisi stratificando l'efficacia nei pazienti in base al titolo di anticorpi neutralizzanti (alto o basso) presenti nel plasma e alla tempestività del suo utilizzo (trasfusione precoce o tardiva). Abbiamo quindi riportato il tutto graficamente indicando gli studi negativi in rosso e quelli favorevoli al plasma in verde o arancio (a seconda della significatività statistica). Ebbene, abbiamo constatato con stupore che se inizialmente la maggioranza degli studi era segnata in rosso, dopo questa analisi dei segnali di efficacia il colore di gran parte di essi virava dal rosso a verde o arancio. Questo studio è stato importante anche perché, oltre a ricordarci che le conclusioni degli studi vanno sempre interpretate, ci ha dato ulteriore stimolo a continuare la ricerca sul plasma, promuovendone la raccolta e l'utilizzo. Voglio citare un esempio per tutti: lo studio TSUNAMI.<sup>29</sup>

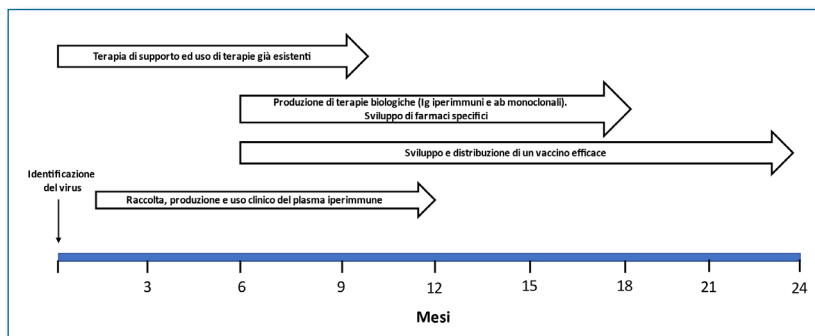
Lo studio randomizzato TSUNAMI, che ha arruolato complessivamente 487 pazienti in 27 centri italiani con l'obiettivo di verificare l'efficacia del plasma iperimmune contro il COVID-19, ha richiesto circa un anno per la sua progettazione, l'arruolamento dei centri ospedalieri sperimentatori, il follow-up e l'analisi dei risultati. Ad aprile 2021, l'Istituto Superiore di Sanità ed AIFA (gli organizzatori e promotori dello studio) hanno comunicato solennemente che lo studio era concluso ed erano disponibili i dati definitivi, in base ai quali il plasma non riduceva il rischio di peggioramento respiratorio e di morte nei pazienti ospedalizzati per COVID-19. Abbiamo tuttavia dovuto attendere parecchi altri mesi (novembre 2021, primo dato inquietante) per vedere i dettagli pubblicati dello studio, laddove tutto il mondo condivideva immediatamente i



dati degli studi sui server di preprint. Nello studio era presente una grossa anomalia (mai chiarita nonostante ripetute richieste di accesso ai dati): in un centro sperimentatore, che da solo aveva arruolato il 20% di tutti i pazienti dello studio, la mortalità nel braccio trattato con il plasma era tre volte superiore alla mortalità media rilevata negli altri centri (secondo dato inquietante). A parte questo, comunque, lo studio TSUNAMI conteneva un'importantissima informazione, cioè quella del beneficio clinico del plasma iperimmune nel sottogruppo di pazienti con COVID-19 più lieve. Questo segnale di efficacia, messo in secondo piano nella pubblicazione e quindi non valorizzato, era invece di eccezionale importanza dal momento che dimostrava per la prima volta quello che oggi è un dato ormai consolidato e ovvio: il plasma iperimmune funziona bene se trasfuso precocemente, cioè quando la malattia è in fase iniziale e quindi più lieve. Ma per fare un nuovo studio servivano fondi (non più disponibili) e la lungimiranza di immaginare che non tutto si sarebbe risolto con le pillole ed i monoclonali in arrivo. E così, invece di aprire ulteriori importanti filoni di ricerca in Italia, lo studio TSUNAMI ha di fatto decretato la fine nel nostro Paese della plasmaterapia, rapidamente abbandonata dai clinici ospedalieri e dagli infettivologi.

### 3) Quali altre immunoterapie sono oggi disponibili oltre al plasma iperimmune?

Ogni nuova pandemia comporta una sequenza ben definita di interventi. Infatti, una volta identificato (e sequenziato) il virus e verificato che il plasma dei pazienti contiene effettivamente anticorpi neutralizzanti, cioè in grado di bloccare *in vivo* la replicazione del virus, si passa alla fase terapeutica. Questa innanzitutto comprende la raccolta di plasma iperimmune dai soggetti guariti ed il suo utilizzo clinico come prima forma di immunoterapia passiva di emergenza. La produzione del plasma iperimmune richiede poco tempo dal momento che, come detto precedentemente, è di competenza dei Centri Trasfusionali ospedalieri (una rete nazionale già ben consolidata) e non delle industrie farmaceutiche. L'evoluzione della plasmaterapia

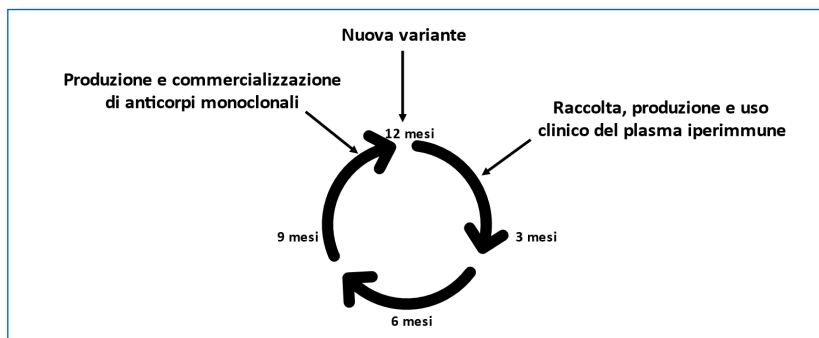


**Figura 2** - Cronologia dello sviluppo delle terapie in caso di una nuova pandemia di natura virale.

è rappresentata dalla produzione di due farmaci biologici: gli anticorpi monoclonali (derivati da anticorpi isolati da soggetti guariti ed amplificati in laboratorio mediante tecniche del DNA ricombinante) e le immunoglobuline iperimmuni (derivate da un pool di plasmafresi donate da almeno 1.000 soggetti con elevati livelli di anticorpi contro quella determinata malattia virale). Entrambi sono forme di immunoterapia passiva. I primi anticorpi monoclonali contro il COVID-19 sono arrivati in Italia a partire da marzo 2021, oltre un anno dall'inizio della pandemia. Le immunoglobuline iperimmuni non sono mai state commercializzate rimanendo sempre in fase sperimentale: il gap dovuta alla lentezza produttiva è andato a collimare con la diffusione del SARS-CoV-2 nella popolazione dei donatori periodici, facendo sovrapporre ormai il contenuto di anticorpi anti-COVID-19 nelle immunoglobuline standard con quello del siero iperimmune.<sup>30</sup> Parallelamente a questi farmaci, la ricerca farmaceutica procede con la messa a punto di vaccini specifici (immunoprofilassi attiva: questo processo richiede oltre un anno; durante la pandemia da COVID-19 è stato compiuto, grazie alla tecnologia ad mRNA, un vero e proprio miracolo, con la loro commercializzazione massiva dopo appena 10 mesi dall'inizio della pandemia) e di farmaci antivirali specifici (anche questo processo richiede parecchi mesi, se non anni).

Quindi noi possiamo immaginarci l'evoluzione della terapia in corso di una pandemia come una retta in cui l'unità di misura è data dal tempo (mesi), come riportato nella figura seguente.

In realtà, durante l'ultima pandemia da COVID-19 le cose non sono andate esattamente così. Il virus ha continuato a mutare (oltre 1.500 lignaggi diversi ad oggi), e, dopo il ceppo originario cinese (cosiddetto "wild-type") si sono susseguite, a distanza di circa sei mesi una dall'altra, altre varianti preoccupanti. Nell'ordine: la variante alfa (o inglese), la variante beta (o sudafricana), la variante gamma (o brasiliana), la variante delta (o indiana) fino alla più recente variante omicron (un grande contenitore di oltre 800 lignaggi). Le continue mutazioni del virus SARS-CoV-2 da un lato fanno parte della sua natura (tutti i virus mutano durante le fasi replicative), dall'altro consentono al virus stesso di sfuggire agli anticorpi contro le varianti precedenti. Rappresentano cioè un meccanismo di sopravvivenza del patogeno. Questo fenomeno naturale comporta, nel caso del COVID-19, due tipi di conseguenze. La prima riguarda gli anticorpi monoclonali, che, bersagliando minuscole porzioni del virus, possono perdere improvvisamente di efficacia contro le nuove varianti: in altre parole, richiedendo parecchi mesi per il loro sviluppo, non riescono di fatto a seguire le mutazioni naturali del SARS-CoV-2, con il rischio di essere obsoleti subito dopo la loro commercializzazione o addirittura prima (come capitato al decantato monoclonale italiano sviluppato in Toscana). Ad esempio, l'americana FDA ha recentemente ritirato l'autorizzazione all'uso emergenziale a tutti i monoclonali fin qui immessi in commercio (bamlanivimab-etesevimab, casirivimab-imdevimab, sotrovimab e tixagevimab-cilgavimab) perché inefficaci contro la variante omicron. L'altra conseguenza del mu-



**Figura 3** - Cronologia dello sviluppo delle terapie durante la pandemia da COVID-19.

tare del virus riguarda proprio il plasma iperimmune, che sarebbe dovuto “andare in pensione” dopo l’entrata in commercio degli anticorpi monoclonali, mentre di fatto la sua produzione ed utilizzo è continuata (almeno fuori dall’Italia) durante tutti e tre gli anni della pandemia. Questo perché si è rivelato l’unico prodotto a base di anticorpi (parliamo del vax-plasma) in grado di seguire prontamente le mutazioni del virus. Così, mentre i monoclonali “arrancavano” nei confronti del COVID-19, il plasma iperimmune si è dimostrato efficace, soprattutto nei pazienti immunodepressi non in grado di fronteggiare da soli il SARS-CoV-2. Una volta fatte queste considerazioni, mi sono accorto di una cosa molto importante: lo sviluppo cronologico delle terapie anti-COVID-19 non è rettilineo, come inizialmente pensavo, ma circolare, proprio come riportato nella figura seguente. Ne consegue che ciclicamente, cioè ogni qualvolta una mutazione significativa (cioè in grado di eludere gli anticorpi generati dalle mutazioni precedenti) diventa predominante, la terapia contro il COVID-19 deve ripartire da zero, come in un “tragico gioco dell’oca”. Ecco perché abbiamo (e avremo) sempre bisogno del plasma iperimmune, per non lasciare senza terapia efficace e in balia del SARS-CoV-2 le centinaia di migliaia di pazienti fragili, poco considerati negli studi randomizzati, che spesso non possono tollerare le tossicità degli antivirali di sintesi chimica.

#### **4) Quali errori sono stati commessi riguardo la gestione del plasma iperimmune durante la pandemia da COVID19?**

Numerosi sono stati gli errori commessi in Italia nella gestione della pla-

smaterapia durante la pandemia. Vi riporto qui di seguito i principali. Ovviamente rispecchiano la mia opinione, maturata dopo tre anni di esperienza in questo settore, esperienza fatta sia di pratica clinica che di ricerca.

- È stato un grave errore da parte delle Autorità Regolatorie italiane aver sempre considerato il plasma iperimmune una terapia sperimentale. Questo ha rappresentato una montagna invalicabile, fatta di autorizzazioni tardive (o non autorizzazioni) da parte di comitati etici e Direzioni Sanitarie, che ha gettato nella frustrazione e nello sconforto tantissimi medici e migliaia di pazienti con i loro familiari. Questo mastodonte burocratico ha di fatto ritardato in maniera significativa, talvolta fatale, l’uso precoce e quindi appropriato del plasma iperimmune contro il COVID-19. Diverso, e molto più pragmatico, è stato l’approccio alla plasmaterapia negli Stati Uniti. I ricercatori americani del National Institute of Health (NIH, in particolare il gruppo del Prof. Anthony Fauci) a marzo 2020 non si sono chiesti se il plasma iperimmune era efficace o meno (era poco interessante dal momento che non vi erano alternative terapeutiche), ma se poteva essere utilizzato in sicurezza. Hanno quindi trasfuso in pochi giorni 10000 pazienti e hanno dimostrato che il plasma iperimmune era sicuro con una frequenza di reazioni avverse estremamente bassa (inferiore all’1%, per intenderci). Una volta verificato questo, la Food and Drug Administration (FDA) americana ha precettato le star di Hollywood, i politici e i generali dell’esercito per fare una massiccia campagna me-

diatica di promozione della raccolta del plasma iperimmune, che in pochi mesi ha portato alla raccolta di alcune centinaia di migliaia di sacche di plasma iperimmune e alla trasfusione negli USA di oltre 500.000 persone malate di COVID-19.<sup>31,32</sup> Gli stessi scienziati hanno successivamente dimostrato che la mortalità da COVID-19 negli USA era inversamente proporzionale alla diffusione dell’uso del plasma: cioè la mortalità era inferiore nelle aree dove il plasma iperimmune era stato utilizzato più frequentemente.<sup>33</sup> Questo, a mio avviso, si doveva fare fin da subito anche in Italia! Nello specifico, il Centro Nazionale Sangue avrebbe dovuto sostenere da subito l’elevazione del plasma da convalescente ad emocomponente standard. Purtroppo, l’Agenzia Europea dei Farmaci (EMA), a differenza di FDA non si occupa di regolare gli emocomponenti, lasciando un vuoto istituzionale all’interno del quale i singoli Paesi membri sono riluttanti a prendere iniziative.

- È stato un grave errore avere abbandonato così rapidamente sia la produzione che l’utilizzo del plasma iperimmune in Italia, subito dopo i risultati negativi dello studio TSUNAMI che, come vi ho già spiegato, non erano poi così negativi.<sup>29</sup> Io e il collega e amico Daniele Focosi, però, non ci siamo persi d’animo ed abbiamo continuato la ricerca al di fuori dell’Italia, con i colleghi americani della Mayo Clinic e della Johns Hopkins University. Anche grazie a questi studi, è stata definitivamente dimostrata l’efficacia del plasma iperimmune ad alto titolo contro il COVID-19 quando utilizzato precocemente o in pazienti immunocompromessi. Il SARS-CoV-2 continua a mutare, ed ogni variante è in grado di sfuggire in parte agli anticorpi generati dalle varianti precedenti. L’unico prodotto biologico, come ho detto prima, in grado di seguire le rapide mutazioni del virus è il plasma iperimmune, che può essere raccolto ed utilizzato praticamente in tempo reale. Sarebbe stato sicuramente utile nel salvare la vita dei numerosi pazienti fragili immunodepressi (pazienti oncologici e onco-

ematologici, pazienti trapiantati, grandi anziani, cioè tutti quei pazienti non in grado di produrre anticorpi né dopo infezione né dopo vaccinazione) uccisi dalla variante omicron.

## 5) E in caso di future pandemie?

Quel che è stato è stato.

Dobbiamo però assolutamente fare tesoro, errori e fenomeni sociologici inclusi, dell'esperienza di questa pandemia in modo da non farci trovare impreparati in analoghe situazioni di emergenza future. È indispensabile continuare la ricerca in Italia sul plasma iperimmune e mantenere una rete attiva di banche del plasma (almeno una per Regione), inserite in piani pandemici (aggiornati) e con risorse pro-

fessionali e tecnologiche adeguate. Vi ricordo che in caso, assai probabile, di una futura pandemia influenzale, il plasma iperimmune dovrà essere utilizzato (ed autorizzato) in emergenza fin dall'inizio, dal momento che non vi saranno farmaci sicuramente efficaci subito disponibili, e nuovi farmaci o vaccini specifici richiederanno parecchio tempo (mesi o anni, mentre il plasma poche settimane). Non ho detto "potrà" essere utilizzato, ma "dovrà" essere utilizzato perché è l'unica terapia efficace iniziale, è stato così in passato (fin dall'inizio del secolo scorso) e sarà così anche in futuro. L'autorizzazione all'uso in emergenza del plasma iperimmune da parte delle autorità regolatorie europee ed italiane ne consen-

tirà inoltre un utilizzo veramente precoce (pre-ospedaliero), sicuramente più appropriato ed efficace dell'utilizzo tardivo nei pazienti ricoverati.

**MASSIMO FRANCHINI**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASFUSIONALE ED EMATOLOGIA - ASST MANTOVA  
e-mail: massimo.franchini@asst-mantova.it

*P.S. Ringrazio Francesco per aver trovato, dopo trent'anni, ed aver letto il mio messaggio!*

## GESTIONE DELLE INFEZIONI DELLE VIE RESPIRATORIE SUPERIORI IN MEDICINA GENERALE IN EPOCA COVID-19

È online sulla piattaforma FadInMed il nuovo corso di formazione a distanza gratuito "Gestione delle infezioni delle vie respiratorie superiori in Medicina Generale in epoca COVID-19" (21,6 crediti ECM).

Realizzato con il contributo del progetto Ampio Spettro, collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università di Cagliari, analizza le difficoltà affrontate dai Medici di Medicina Generale in seguito al profondo cambiamento che COVID-19 ha portato nelle tradizionali linee di gestione delle infezioni delle alte vie aeree.

Il fatto che COVID-19 si possa manifestare con sintomi e segni molto simili a quelli di un'infezione benigna stagionale o di un'infezione batterica delle alte vie respiratorie ha determinato e determinerà un aumento notevole delle complessità gestionali, dilatando quindi in maniera rilevante l'area di incertezza clinica che i medici dovranno affrontare. L'individuo dovrà essere curato non solo tenendo conto della prognosi individuale ma anche, e forse soprattutto, tenendo conto della necessità di limitare la diffusione epidemica di SARS-CoV-2. Tutto ciò avrà importanti ripercussioni anche sull'organizzazione delle cure primarie e sulla gestione del tempo da dedicare alle varie aree di patologia. Non dimenticando l'altro tema fondamentale nella cura delle infezioni delle prime vie respiratorie e cioè l'uso inappropriato degli antibiotici che porta a un aumento dei ceppi batterici resistenti.

Da queste premesse nasce l'esigenza di un percorso formativo che stimoli ad una migliore appropriatezza prescrittiva e possa, al tempo stesso, aiutare i medici ad aumentare la capacità di diagnosi differenziale tra COVID-19 e altre infezioni delle vie aeree superiori, migliorando in tal modo la capacità del sistema Italia di convivere con il nuovo Coronavirus.

Il corso ID 371199 sarà fruibile online dal 01 gennaio al 31 dicembre 2023.



## Bibliografia

1. Focosi D, Franchini M, Maggi F, et al. Convalescent plasma and other passive immunotherapies for pandemic flu. *Lancet Infect Dis* 2023
2. Franchini M, Glingani C, Liumbruno GM. Potential mechanisms of action of convalescent plasma in COVID-19. *Diagnosis (Berl)*. 2021 Mar 1;8(4):413-420.
3. Franchini M, Liumbruno GM. Convalescent Plasma for the Treatment of Severe COVID-19. *Biologics*. 2021 Feb 4;15:31-38.
4. Focosi D, Franchini M, Tuccori M, Cruciani M. Efficacy of High-Dose Polyclonal Intravenous Immunoglobulin in COVID-19: A Systematic Review. *Vaccines (Basel)*. 2022 Jan 9;10(1):94.
5. Franchini M. Why should we use convalescent plasma for COVID-19? *Eur J Intern Med*. 2020 Jul;77:150-151.
6. Perotti C, Baldanti F, Bruno R, et al; Covid-Plasma Task Force. Mortality reduction in 46 severe Covid-19 patients treated with hyperimmune plasma. A proof of concept single arm multi-center trial. *Haematologica*. 2020 Dec 1;105(12):2834-2840.
7. Del Fante C, Franchini M, Baldanti F, et al. A retrospective study assessing the characteristics of COVID-19 convalescent plasma donors and donations. *Transfusion*. 2021 Mar;61(3):830-838.
8. Franchini M, Marano G, Velati C, Pati I, Pupella S, Liumbruno GM. Operational protocol for donation of anti-COVID-19 convalescent plasma in Italy. *Vox Sang*. 2021 Jan;116(1):136-137.
9. Sullivan DJ, Franchini M, Joyner MJ, Casadevall A, Focosi D. Analysis of anti-SARS-CoV-2 Omicron-neutralizing antibody titers in different vaccinated and unvaccinated convalescent plasma sources. *Nat Commun*. 2022 Oct 29;13(1):6478.
10. Franchini M, Liumbruno GM, Piacentini G, Glingani C, Zaffanello M. The Three Pillars of COVID-19 Convalescent Plasma Therapy. *Life (Basel)*. 2021 Apr 18;11(4):354.
11. Joyner MJ, Wright RS, Fairweather D, et al. Early safety indicators of COVID-19 convalescent plasma in 5000 patients. *J Clin Invest*. 2020 Sep 1;130(9):4791-4797.
12. Joyner MJ, Bruno KA, Klassen SA, et al. Safety Update: COVID-19 Convalescent Plasma in 20,000 Hospitalized Patients. *Mayo Clin Proc*. 2020 Sep;95(9):1888-1897.
13. Senefeld JW, Johnson PW, Kunze KL, et al. Access to and safety of COVID-19 convalescent plasma in the United States Expanded Access Program: A national registry study. *PLoS Med*. 2021 Dec 20;18(12):e1003872.
14. Franchini M, Cruciani M. How Safe Is COVID-19 Convalescent Plasma? *Mayo Clin Proc*. 2021 Aug;96(8):2279-2281.
15. Li PY, Yu P, Li A, Khalid F, Laureano ML, Crowther MA. Convalescent plasma therapy for coronavirus disease 2019 in ambulatory versus hospitalized patients: Efficacy and risk of thromboembolism. *Res Pract Thromb Haemost*. 2023;7(2):100068.
16. Franchini M, Cruciani M, Casadevall A, et al. Safety of COVID-19 convalescent plasma: a definitive systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Transfusion* 2023.
17. Franchini M, Corsini F, Focosi D, Cruciani M. Safety and Efficacy of Convalescent Plasma in COVID-19: An Overview of Systematic Reviews. *Diagnosics (Basel)*. 2021 Sep 11;11(9):1663.
18. Focosi D, Franchini M. COVID-19 convalescent plasma therapy: hit fast, hit hard! *Vox Sang*. 2021 Oct;116(9):935-942.
19. Sullivan DJ, Gebo KA, Shoham S, et al. Early Outpatient Treatment for Covid-19 with Convalescent Plasma. *N Engl J Med*. 2022 May 5;386(18):1700-1711.
20. Levine AC, Fukuta Y, Huaman MA, et al. COVID-19 Convalescent Plasma Outpatient Therapy to Prevent Outpatient Hospitalization: A Meta-analysis of Individual Participant Data From Five Randomized Trials. *Clin Infect Dis*. 2023 Feb 21:ciad088.
21. Mair-Jenkins J, Saavedra-Campos M, Baillie JK, Cleary P, Khaw FM, Lim WS, Makki S, Rooney KD, Nguyen-Van-Tam JS, Beck CR. The effectiveness of convalescent plasma and hyperimmune immunoglobulin for the treatment of severe acute respiratory infections of viral etiology: a systematic review and exploratory meta-analysis. *J Infect Dis* 2015;211: 80-90.
22. Bloch EM, Focosi D, Shoham S, et al. Guidance on the use of convalescent plasma to treat immunocompromised patients with COVID-19. *Clin Infect Dis*. 2023 Feb 6:ciad066.
23. Senefeld JW, Franchini M, Mengoli C, et al. COVID-19 Convalescent Plasma for the Treatment of Immunocompromised Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2023 Jan 3;6(1):e2250647.
24. Franchini M, Glingani C, Donno G, et al; On Behalf Of Convalescent Plasma Study Group. Convalescent Plasma for Hospitalized COVID-19 Patients: A Single-Center Experience. *Life (Basel)*. 2022 Mar 14;12(3):420.
25. De Silvestro G, Marson P, La Raja M, et al; Veneto Hospitals. Outcome of SARS CoV-2 inpatients treated with convalescent plasma: One-year of data from the Veneto region (Italy) Registry. *Eur J Intern Med*. 2022 Mar;97:42-49.
26. Franchini M, Focosi D, Percivalle E, et al. Variant of Concern-Matched COVID-19 Convalescent Plasma Usage in Sero-negative Hospitalized Patients. *Viruses*. 2022 Jun 30;14(7):1443.
27. Franchini M, Glingani C, Morandi M, et al. Safety and Efficacy of Convalescent Plasma in Elderly COVID-19 Patients: The RESCUE Trial. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2021 Apr;5(2):403-412.
28. Focosi D, Franchini M, Pirofski LA, Burnouf T, Paneth N, Joyner MJ, Casadevall A. COVID-19 Convalescent Plasma and Clinical Trials: Understanding Conflicting Outcomes. *Clin Microbiol Rev*. 2022 Sep 21;35(3):e0020021.
29. Menichetti F, Popoli P, Puopolo M, et al; TSUNAMI Study group. Effect of High-Titer Convalescent Plasma on Progression to Severe Respiratory Failure or Death in Hospitalized Patients With COVID-19 Pneumonia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021 Nov 1;4(11):e2136246.
30. Focosi D, Franchini M. Polyclonal immunoglobulins for COVID-19 pre-exposure prophylaxis in immunocompromised patients. *Transfus Apher Sci*. 2023 Jan 31:103648.
31. Bloch EM, Tobian AAR, Shoham S, et al. How do I implement an outpatient program for the administration of convalescent plasma for COVID-19? *Transfusion*. 2022 May;62(5):933-941.
32. Bloch EM, Goel R, Zhu X, Patel EU, Shoham S, Sullivan DJ, Gebo K, Casadevall A, Tobian AAR. COVID-19 convalescent plasma utilization in the United States: data from the National Inpatient Sample. *Clin Infect Dis*. 2023 Mar 29:ciad185.
33. Casadevall A, Dragotakes Q, Johnson PW, Senefeld JW, Klassen SA, Wright RS, et al. Convalescent plasma use in the USA was inversely correlated with COVID-19 mortality. *Elife*. 2021;10:e69866.

# *Il ruolo della Bioetica e delle Medical Humanities. Quali sfide per i futuri medici*

Lo scorso 30 marzo 2023 presso l'Aula Magna De Sandre dell'Università degli Studi di Verona si è tenuto il Seminario intitolato "Il ruolo della Bioetica e delle Medical Humanities. Quali sfide per i futuri medici", organizzato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo Scaligero e dal Comitato di Bioetica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona, con il patrocinio del medesimo Ordine. Al centro dei lavori del Seminario i numerosi interrogativi etici portati dal progresso biotecnologico e dalle connesse evoluzioni del mondo medico, inclusi quelli sul passaggio dal modello paternalistico al consenso-dissenso informato nella relazione di cura con particolare focus sulla comunicazione tra medico e paziente, sino ai nuovi scenari offerti dalla medicina digitale e il ruolo svolto dalle Medical Humanities. Una declinazione dei temi discussi durante i lavori dell'evento è di seguito presentata al fine di porsi quale contributo per un momento di riflessione sia per gli operatori del settore, sia per la cittadinanza nel suo insieme.

## **Il ruolo della bioetica nella relazione di cura**

A partire dalle sue origini dai tempi di Ippocrate nel V secolo a.c. e fino a tempi molto recenti la relazione medico-paziente si è basata sul modello paternalistico del medico ippocratico. Secondo tale modello il medico ha il dovere di non nuocere al paziente (principio di non maleficenza), di fare il bene del paziente (principio di beneficenza), mentre non ha l'obbligo di informare il paziente né di avere il suo consenso per le decisioni di cura. Il paziente invece ha sia doveri negativi (comportamenti da evitare) sia doveri positivi (comportamenti cui attenersi), tra cui l'obbligo di obbedire alle indicazioni del medico.

Il modello paternalistico di relazione medico-paziente ha improntato profondamente la cultura medica per circa 24 secoli; anche se alcuni dei principi di tale modello mantengono pienamente la loro validità, esso ha assoluto bisogno di essere adattato alla modernità.

Verso la metà del XX secolo, a conclusione di un lungo processo di evoluzione caratterizzato dal continuo sviluppo della tecnologia e dal progressivo affermarsi della cultura dell'autonomia personale, fu teorizzata una nuova scienza: la bioetica, avente l'obiettivo di fare da ponte tra le conoscenze scientifiche e quelle umanistiche, con la finalità di alimentare la riflessione etica in campo medico e biotecnologico (Van Rensselaer Potter, *Bioethics a bridge to the future*, 1971). In anni successivi, a seguito del progressivo affermarsi della cultura bioetica vennero codificati i classici principi della bioetica: non maleficenza, beneficenza, autonomia e di giustizia (Beauchamp and Childress James F, *Principles of Biomedical Ethics*, 2001). In anni ancor più recenti, la diffusione sempre maggiore dell'uso della tecnologia ed il progressivo impoverimento della dimensione umana della pratica di cura, hanno fatto sorgere l'esigenza di una riflessione che ha portato ad individuare gli obiettivi fondamentali di un'etica della cura: il bene globale della persona (cioè la cura di tutti i bisogni della persona: cura dei bisogni fisici, ma anche di quelli psicologici, spirituali e sociali della persona) e il rispetto della autonomia della persona (cioè il diritto di ogni persona di esprimere le proprie preferenze circa le scelte di cura). La medicina dei giorni nostri è profondamente cambiata e continua a cambiare continuamente ad una velocità rapidissima (vedi le più recenti applicazioni della medicina digitale e

dell'intelligenza artificiale in medicina). Anche la società è cambiata, le persone assistite sono sempre "più esigenti", richiedono ascolto, dialogo, condivisione, richiedono cioè che la cura avvenga nell'ambito di una relazione. La relazione è la condizione per la fiducia, nessuna persona assistita è disposta a dare la propria fiducia ad un medico incapace di avere con lui una relazione. In una prospettiva etica la relazione è il fondamento della cura, in quanto "...il carattere singolare della relazione di cura è costituito dal fatto che non è la specie che si cura, bensì ogni volta un unico esemplare del genere umano (P. Ricoeur, *Les trois niveaux du jugement medical*, in "Esprit" 12,1996). La domanda di cura di ogni persona contiene sempre oltre alla richiesta di aiuto tecnico una domanda di relazione. Nella visione moderna della relazione medico-paziente all'etica basata sui principi si affianca una etica basata sul primato della relazione (etica della relazione di cura), cioè di una relazione fatta di ascolto, di dialogo, di condivisione e nella quale tra medico e persona assistita si stabilisce un rapporto di mutuo rispetto e di alleanza reciproca.

DOTT. GIOVANNI BONADONNA  
PRESIDENTE DEL COMITATO DI BIOETICA  
DELL'OMCEO DELLA PROVINCIA DI VERONA

## **Il consenso-dissenso informato.**

### **Aspetti etici**

A partire dalla seconda metà del secolo scorso, la comunità medicoscientifica ha individuato i principi fondamentali che guidano il medico nella sua pratica clinica. Tra questi, il principio di beneficenza (il medico agisce per il bene del paziente) e quello di autonomia (inteso come autodeterminazione del paziente). Tuttavia, il principio di beneficenza non specifica cosa debba intendersi per "bene"

del paziente, né è esplicito l'ordine gerarchico tra i due principi. Nella tradizione, questo principio si traduce con un'espressione cara alla deontologia medica: il buon medico è colui che agisce in "scienza e coscienza". Il concetto di "scienza" e quello di "coscienza" richiamano il dovere del medico di agire rispettivamente sulla base delle proprie conoscenze e competenze tecnico-professionali e nel rispetto del naturale finalismo autoconservativo. In sintesi, il buon medico è colui che utilizza la propria scienza medica per tutelare la salute e salvare la vita biologica, ciò che possiamo chiamare "bene clinico". Di per se stesso, il principio di beneficenza comporta i "privilegi" informativo e terapeutico. Infatti, per realizzare il bene clinico si mostra funzionale il delinearsi di quel tacito accordo che nel rapporto di cura chiamiamo "alleanza", dove la fiducia reciproca garantisce *in primis* discrezionalità medica per fini valutati eticamente leciti sul piano sociale. Per le medesime ragioni, per ciò che attiene la terapia, in presenza di interventi clinicamente appropriati, in capo al medico insiste il dovere morale di curare. Tale impostazione può essere definita *paternalista*, dove il buon medico è come un buon padre che sa cosa è meglio per i suoi figli, non in grado di individuare il proprio bene.

Formalmente l'etica medica contemporanea riconosce il principio di autonomia secondo il modello del consenso-dissenso informato attuale o anticipato. L'informazione sul caso clinico individuale diviene un diritto (rinunciabile) della persona per supplire al suo non possesso della scienza medica. Il contenuto dell'informazione è il bene clinico e quindi beneficenza e autonomia si intrecciano armoniosamente. Se, a fronte dell'informazione fornita, con tutte le relative implicazioni di natura comunicativa, la persona fornisce il consenso alla proposta terapeutica valutata clinicamente appropriata dal medico al fine di perseguire il bene clinico, beneficenza e autonomia si riflettono ancora una volta in modo reciproco nella realizzazione dell'intervento presentato. Se invece la persona discorda, valutando quella proposta eticamente non pro-

porzionata in base a un proprio concetto di bene non corrispondente al bene clinico (senza necessariamente dover giustificare tale decisione), il primo principio cede il passo al secondo, pena la costrizione al trattamento. Pur in presenza del dovere di cura, si manifesta la sua esclusione, ovvero la sua legittimazione: il dissenso. L'etica della beneficenza non soccombe, restando intatto il cuore storico dell'etica medica. Essa piuttosto assegna la precedenza alla volontà personale, la quale apre almeno a un'ulteriore questione cruciale: se quello di salute è un concetto soggettivo che potrebbe paradossalmente coincidere con la malattia (laddove la persona ritenga bene per se stessa la malattia anziché la cura), in casi estremi esso potrebbe includere anche la morte (laddove la persona ritenga bene per se stessa morire anziché vivere)? Il nodo da sciogliere si stringe intorno a due funi che simboleggiano prospettive differenti sulla medicina e il suo ruolo per la comunità. Da una parte una tensione volta a preservare una funzione esclusivamente preposta alla vita e al suo mantenimento, in ordine al rispetto dovuto all'esistenza in quanto tale. Dall'altra la propensione a valorizzare la qualità del vivere e del morire dove il progresso biomedico e biotecnologico è a volte più la causa che la risoluzione del problema.

Un approccio integrato si mostra metodologicamente la via privilegiata per scorgere punti di osservazione diversi che intersecano gli argomenti oggetto di dibattito. Là dove differenti saperi si diramano intorno alla medicina e si richiede un confronto accademico e un dialogo anche inter-istituzionale, trova genesi la bioetica, rappresentazione della complessità del presente e al tempo stesso virtuosismo della nostra evoluzione: a fronte dell'aprirsi delle nostre conoscenze assistiamo all'incessante aumento delle domande che da quelle conoscenze si diramano in un fluire inarrestabile. E questa, in fondo, è proprio l'essenza della scienza e della filosofia.

DOTT.SSA SARA PATUZZO  
RICERCATRICE IN STORIA  
DELLA MEDICINA E BIOETICA,  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

### Il contributo delle Medical Humanities a una umanizzazione della pratica di cura

In un articolo apparso su JAMA si racconta che a un incontro sulle MH c'erano poeti, medici, filmmaker, infermieri, sociologi, teorici della letteratura, art-therapist, esperti di etica, fotografi, studenti di medicina, storici, musicisti, filosofi, terapisti occupazionali, danzatori e pazienti. Dunque, cosa sono le Medical Humanities? Quando si esamina la letteratura si trova per ogni testo pubblicato una definizione differente, tuttavia si è concordi nel ritenere che con il termine MH si identificano quei saperi interessati a risignificare la pratica terapeutica, per transitare dalla "cure", che considera il paziente un corpo che deve essere trattato farmacologicamente, alla "care", che vede nel paziente una persona che per riguadagnare il suo stato di salute deve potere contare su interventi olistici, che si occupano sia della sfera corporea sia di quella spirituale. Strutturano il campo delle MH le seguenti discipline: letteratura, poesia, arte figurativa, musica, antropologia, studi sociali e la filosofia nelle sue varie declinazioni. La pratica di cura nel tempo è venuta a concettualizzarsi come un sapere tecnico, fondato sulla conoscenza scientifica e sulla competenza nella gestione delle tecnologie, escludendo dall'insieme delle competenze da acquisire la sapienza relazionale e la riflessione etica. L'inclusione delle MH nei curricula di Medical Education rispondono alla necessità di andare oltre il modello biomedico e tecnico per perseguire i seguenti obiettivi:

- contribuire allo sviluppo delle capacità di ascolto, interpretazione e comunicazione dei professionisti della salute;
- promuovere la disposizione a una continua analisi delle situazioni di cura per raccogliere i dati necessari a una personalizzazione degli interventi;
- incoraggiare la consapevolezza delle dimensioni etiche della pratica di cura.

Per integrare il curriculum della formazione sanitaria, tradizionalmente costruito sui saperi scientifici e tecnici per introdurre quelli umanistici, è necessario argomentare il valore di questi saperi.

Le motivazioni possono essere categorizzate secondo tre principi: valore strumentale, valore intrinseco e funzione critica. Si ricorre al principio del valore strumentale quando si sostiene che gli studi umanistici consentono lo sviluppo di conoscenze, abilità e disposizioni necessarie a configurare una completa competenza terapeutica (ad esempio: empatia, capacità di ascolto, compassionevole attitudine, capacità di osservazione, abilità comunicative).

Quando si ricorre al principio del valore intrinseco si intende portare l'attenzione sul valore della educazione liberale, necessaria per superare l'interpretazione della formazione sanitaria come addestramento ai saperi scientifici e tecnici e interpretare la professione terapeutica come un'arte. La terza argomentazione di tipo critico considera la formazione umanistica necessaria allo sviluppo di un atteggiamento critico necessario a individuare i fattori sociali, organizzativi, politici che possono ostacolare l'esercizio di una buona e giusta pratica terapeutica. Questi principi non sono da considerare reciprocamente escludenti, ma come tutti concorrenti a mostrare il valore del sapere umanistico per sviluppare un'autentica professionalità terapeutica.

PROF.SSA LUIGINA MORTARI  
ORDINARIO DI PEDAGOGIA GENERALE E SOCIALE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

PROF. RICCARDO PANATTONI  
ORDINARIO DI FILOSOFIA MORALE,  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA  
DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

## Medical Humanities e medicina digitale

La professione medica e il rapporto medico paziente sono di fronte ad un cambiamento epocale determinato dall'ampio utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA) in medicina. La medicina digitale (MD) e l'ultima forma di intelligenza artificiale detta generativa (IAG) possono essere strumenti preziosi per le Medical Humanities (MH), contribuendo alla ricerca, all'educazione e all'assistenza ai pazienti.

Le MH sono un campo interdisciplinare che esplora l'intersezione tra medicina e discipline umanistiche, comprendendo etica, storia, letteratura e arti. Ecco alcuni modi in cui la MD e la IAG possono essere utili per le MH:

- Analisi dei dati e ricerca: Le piattaforme di MD forniscono accesso a una vasta quantità di dati sui pazienti, come cartelle cliniche e informazioni genomiche ecc. Gli algoritmi di IA possono aiutare ad analizzare questi dati per identificare modelli, tendenze e correlazioni. I ricercatori delle MH possono utilizzare questi strumenti per esplorare argomenti come le narrazioni delle malattie, le esperienze dei pazienti e le influenze culturali sulla salute e sulla malattia per migliorare la relazione medico-paziente.
- Potenziamiento e coinvolgimento dei pazienti: le tecnologie di MD condivise con gli operatori sanitari possono facilitare il coinvolgimento e l'autonomia dei pazienti nella gestione della propria salute e nella relazione di cura. Le chatbot e gli assistenti virtuali basati sull'IA possono fornire informazioni sanitarie personalizzate, rispondere alle domande dei pazienti in tempo reale e offrire supporto. Ciò favorisce un approccio centrato sul paziente, consentendo alle persone di partecipare attivamente alle decisioni sulla propria salute e di esplorare gli aspetti umanistici delle loro condizioni migliorando la relazione di cura in una informazione e condivisione, anche se a distanza, di tipo circolare.
- Considerazioni etiche: l'IA solleva importanti questioni etiche nel campo della salute, come la privacy, il rischio di discriminazioni e la responsabilità. Le MH possono contribuire al dibattito su questi temi, esaminando le implicazioni etiche dell'AI nella sanità. I ricercatori possono esplorare questioni legate all'autonomia, consapevolezza e al consenso informato del paziente nell'uso dell'IA, garantendo che siano presenti quadri etici per guidare l'integrazione delle tecnologie basate sull'IA.
- Educazione e formazione degli operatori sanitari e dei pazienti

sono aspetti fondamentali per garantire un uso della MD e delle IAG che rispetti i principi dell'etica di autonomia, consapevolezza, giustizia ed inclusione indispensabili per un uso antropocentrico della MD e dell'IA. Queste possono migliorare l'educazione del personale sanitario e dei pazienti, fornendo esperienze di apprendimento interattive e coinvolgenti mediante simulazioni in realtà virtuale che consentono agli operatori sanitari di affrontare dilemmi etici complessi e prospettive culturali. Gli algoritmi dell'AI permettono un apprendimento personalizzato analizzando prestazioni individuali e adattando i contenuti educativi alle esigenze specifiche.

- Medicina narrativa: le MH spesso mettono in evidenza il potere della narrazione nella relazione di cura. La MD e l'IA possono aiutare ed analizzare le narrazioni dei pazienti, consentendo agli operatori sanitari di comprendere meglio la prospettiva del paziente. Gli algoritmi di IA possono assistere nell'analisi di queste narrazioni, identificando temi, emozioni e modelli linguistici contribuendo ad un'assistenza più empatica e centrata sul paziente.

In conclusione, la MD e l'IAG hanno il potenziale di arricchire le MH fornendo strumenti preziosi per l'analisi dei dati, l'empowerment dei pazienti, le considerazioni etiche, l'educazione, la narrazione e la competenza culturale. Sfruttando queste tecnologie, le MH possono approfondire gli aspetti umanistici della medicina e contribuire a migliorare i risultati sanitari e l'esperienza dei pazienti. Se invece i medici si dedicheranno solo agli aspetti tecnologici, iper-specialisti e burocratici della MD perderanno empatia, sensibilità, condivisione nella relazione di cura, valori che nessuna IAG può dare. Tutto ciò favorirà l'uso soprattutto delle IAG che, permettendo invece una *"apparente vera conversazione con ascolto e comprensione delle problematiche dei pazienti, senza limiti di tempo"* sembreranno più affidabili dei "medici robot".

DOTT. ORAZIO MICHELE CODELLA  
COMITATO DI BIOETICA DELL'OMCEO  
DELLA PROVINCIA DI VERONA



# Malasanità, 7 volte su 10 il medico non c'entra

Ogni 10 accertamenti su casi di presunta malasanità solo 3 chiamano in causa direttamente i medici.

È questa una delle conclusioni a cui giunge la ricerca "La legge Gelli-Bianco e l'accertamento tecnico preventivo. Un primo bilancio sull'accertamento della responsabilità sanitaria nel Tribunale di Roma", presentata mercoledì mattina a Roma nella Sala del Museo Ninfeo.

## PRIMO TAGLIANDO PER LA "GELLI-BIANCO"

L'indagine sul campo è stata realizzata dall'Eurispes in collaborazione con la XIII sezione del Tribunale di Roma, l'Enpam e lo studio legale Di Maria Pinò, ed è la prima realizzata in questo particolare ambito in Italia.

La XIII sezione del Tribunale di Roma (ve ne è solo una analoga presso il Tribunale di Milano), è composta da 16 magistrati che si occupano in via esclusiva di responsabilità professionale. Nell'ambito di tale responsabilità, quella sanitaria è pari a circa l'85/90 per cento del totale dei casi. Inoltre, il Tribunale di Roma è quello che tratta il maggior numero di cause di responsabilità medica e delle strut-

ture sanitarie tra tutti quelli italiani (il 35 per cento circa del totale), i risultati dell'indagine sono dunque ben rappresentativi del dato nazionale.

La consultazione dell'archivio della XIII sezione, partendo da circa duemila Accertamenti tecnici preventivi (Atp) svolti dal 1° aprile 2017 (data di entrata in vigore della "legge Gelli-Bianco") al 31 dicembre 2021, ha permesso di repertare gli Accertamenti tecnici preventivi effettuati da 336 medici legali. Gli accertamenti tecnici considerati sono complessivamente 1.380.

## 10 MILIARDI PER LA MEDICINA DIFENSIVA

L'indagine ha reso possibile una prima, accurata, valutazione dell'impatto della "legge Gelli", relativamente agli Accertamenti tecnici preventivi volti alla conciliazione della lite che rappresentano il primo livello della sua applicazione.

La Legge Gelli si prefiggeva, tra gli altri, un obiettivo ben preciso: quello di combattere la cosiddetta "medicina difensiva", cioè una serie di comportamenti tenuti dall'operatore sanitario nei confronti del paziente con il solo fine di evitare il rischio della insor-

genza dei contenziosi civili e penali a carico del medico e/o della struttura sanitaria. La medicina difensiva, oltre a costringere i medici in trincea, incide sul Servizio sanitario nazionale per circa 10 miliardi l'anno, il che è pari allo 0,75 per cento del Pil (dati aggiornati al 2014).

## RESPONSABILITÀ ACCERTATA IN 2 CASI SU 3

A cinque anni dall'entrata in vigore della legge, nonostante alcune previsioni necessitino ancora dei decreti attuativi per poter dispiegare i propri effetti, dai risultati emersi appare come, almeno in parte e specularmente per il settore della responsabilità civile, la norma abbia raggiunto alcuni degli obiettivi prefissati.

Il dato di maggiore rilevanza è che nell'analisi dei **1.380 Atp esaminati, i medici non risultano essere personalmente coinvolti nel 70,3 per cento dei casi**, mentre lo sono nel 29,7 per cento.

Dalla ricerca emerge che gli Atp che si concludono positivamente per il paziente sono il 65,3 per cento, mentre l'esito è stato positivo per la struttura il 31,1 per cento delle volte; nei due terzi dei casi, dunque, la responsabilità professionale della struttura sanitaria e/o del medico risulta effettiva.

L'Atp, che rappresenta il vero fulcro e cardine del procedimento, non è altro, sostanzialmente, che un giudizio che dei medici danno sull'operato di altri medici. Nel 29 per cento degli Atp vi è stata una chiamata in causa dell'assicurazione.

## ORTOPEDIA IN CIMA ALLE CONTESTAZIONI

Guardando alla tipologia di convenuto, il 40,4 per cento delle volte risulta trattarsi di una struttura pubblica, il 36,1 per cento di struttura privata e, nell'11 per cento dei casi, di medico



persona fisica/assicurazione. Analizzando il dettaglio dei settori specialistici interessati, emerge che il settore coinvolto più spesso è Ortopedia (16,3 per cento), seguito da Chirurgia (13,2 per cento) e da Infettivologia (11,7 per cento). Nel complesso, dunque, il 41,2 per cento degli Atp interessa questi tre settori.

I dati indicano dunque, da un lato, come la maggioranza delle richieste di accertamento non sia pretestuosa ed evidenzia responsabilità mediche e delle strutture sanitarie, dall'altro come i medici specialisti chiamati a valutare, in qualità di consulenti tecnici di ufficio, siano corretti e trasparenti nell'accertamento delle responsabilità dei colleghi.

Si evidenzia – si legge nel documento – come in alcuni casi vi sia un problema di funzionamento delle strutture mediche e ospedaliere piuttosto che una responsabilità dei medici. Il contrasto al fenomeno della medicina difensiva necessita anche e soprattutto di un intervento sociale e culturale di sistema, incentrato sul diritto a un'adeguata informazione dei cittadini sulla efficacia degli interventi sanitari, costruito mediante il dialogo tra il paziente e il medico.

Un particolare sforzo – conclude la ricerca – dovrà essere fatto in questa direzione.

### I PARTECIPANTI

L'incontro è stato aperto dal presidente del Tribunale di Roma, Rober-

to Reali, dal presidente dell'Eurispes, Gian Maria Fara, e dal presidente dell'Enpam, Alberto Olivetti.

Hanno discusso dei risultati dell'indagine il presidente della XIII sezione del Tribunale di Roma, Alberto Michele Cisterna, l'avvocato Franco Di Maria, il professore Luigi Tonino Marsella, il professore e avvocato Luca Di Donna, l'avvocato Angelo Caliendo, l'avvocato Vincenza Pinò, il presidente dell'Osservatorio Salute, Previdenza e Legalità Eurispes-Enpam, Generale Carlo Ricozzi e il vicedirettore dell'Eurispes, Raffaella Saso.

Il coordinamento dei lavori è stato affidato al professore e avvocato Roberto De Vita.

## Clausola Claims Made

**La Corte di Cassazione, terza sezione civile**, con la recente **sentenza n. 476/2023, depositata il giorno 06/04/23**, decidendo una controversia nella quale si discuteva anche della validità della clausola inserita in un contratto di assicurazione contro la responsabilità civile di un ente ospedaliero per danni cagionati ai pazienti che prevedeva che la copertura assicurativa sarebbe stata operante *“per i sinistri verificatisi nella vigenza del contratto assicurativo (e anche per quelli verificatisi prima dell'entrata in vigore del contratto assicurativo fino al 31 dicembre 2000), purché, per entrambi, le denunce di sinistro fossero avvenute durante il periodo di vigenza della stessa”*, ha sottolineato che *“la clausola “claims made” non integra una decadenza convenzionale, nulla ex art. 2965 c.c. nella misura in cui fa dipendere la perdita del diritto dalla scelta di un terzo, dal momento che*

*la richiesta del danneggiato è fattore concorrente alla identificazione del rischio assicurato, consentendo pertanto di ricondurre tale tipologia di contratto al modello di assicurazione della responsabilità civile, nel contesto del più ampio “genus” dell'assicurazione contro i danni”*.

La Suprema Corte, terza sezione civile, con la recente sentenza n. 9275/2023, depositata il giorno 04/04/23, decidendo una controversia nella quale si discuteva sempre della validità della clausola *“claims made”* inserita in un contratto di assicurazione contro la responsabilità civile stipulata da un ospedale, ha affermato che *“è priva di fondamento la deduzione della nullità per violazione dell'art. 1355 c.c.” della predetta clausola in quanto “essa non tiene conto del fatto che, nella cornice del contratto di assicurazione contro i danni secondo il tipo claims made,*

*non sussiste alcuna possibilità di configurare la richiesta del danneggiato come condizione sospensiva (che, peraltro, non sarebbe riferibile ad alcuna delle parti legate dal contratto di assicurazione), giacché tale richiesta costituisce essa stessa il sinistro assicurato o, più precisamente, un “fattore concorrente alla identificazione del rischio assicurato”*.

In sostanza in questi contratti assicurativi rileva come sinistro non il semplice fatto causativo del danno ma la richiesta di risarcimento del danneggiato rivolta al soggetto assicurato che, nei tempi previsti dalla polizza, la deve trasmettere alla compagnia assicurativa.

A CURA DI SERGIO FUCCI  
GIURISTA E BIOETICISTA, GIÀ CONSIGLIERE PRESSO LA CORTE D'APPELLO DI MILANO E MAGISTRATO TRIBUTARIO

# Incontri ravvicinati ... via WhatsApp

leri, a Roma, sono ripresi, alla FNOMCeO, i lavori della Commissione ICT (Infomtion-Communication-Tecnology) ed ho avuto l'occasione di rivedere colleghi che non vedevo da tempo. Si è parlato di "digital-medicine" e della evoluzione diffusa e incontrollata che ha avuto in questi anni di pandemia.

Parlarsi tra medico e paziente via WhatsApp, consultarsi via e-mail, dialogare per telefono, senza più contatto fisico diretto, sembra sia diventata una pratica diffusa e talmente frequente che la maggior parte delle "visite" in ambulatorio oggi sembra svolgersi con quei mezzi. Al punto che, in qualche caso, medico e paziente non si sono mai incontrati fisicamente. A quella riunione, uno dei partecipanti ci spiegava che tali pratiche di medicina "on line", mediate spesso da "social media" non garantiscono né "privacy" né sicurezza dei dati, e rischiano di diventare un "vulnus" ad uno dei principi fondanti della nostra professione: il segreto professionale.

Non a caso certi paesi come Germania e Giappone hanno vietato ai nostri colleghi l'uso professionale di tali sistemi di comunicazione.

Se da una parte l'uso di tali mezzi comunicativi risulta utile a chi ha dimestichezza con il cellulare e la sua tecnologia, la cosa costituisce fonte di disagio ed imbarazzo per quelli che tale dimestichezza non hanno. Tra questi, molti nostri pazienti anziani che per potervi accedere devono spesso affidarsi all'aiuto del figlio o del nipote.

Si è parlato poi di intelligenza artificiale e sistemi esperti, della loro diffusione e del rischio che possano sostituirsi al medico. A parere di tutti, questi strumenti di supporto decisionale finiranno per essere una risorsa utile e diffusa. Ed anche se il loro uso non sarà esclusivo, difficilmente potranno sostituirsi al medico.

Perché, se da una parte la medicina è scienza, fare il medico è un'arte.

Nella visita al paziente ci sarà sempre, almeno lo speriamo, quella parte di intimità, di comunicazione paraverbale, e di "pathos" che trasforma l'incontro in una cosa diversa dal semplice scambio di parole ed informazioni.

Se la visita fosse solo un tale scambio, il nostro ruolo rischierebbe di essere quello di semplici certificatori di

un diritto (quello di avere la prescrizione di un farmaco o di un esame) e di "gatekeeper".

L'umanità, lo scambio di emozioni e di "simpatia" (intesa come capacità di condividere la sofferenza) sarà sempre la parte che fa la differenza, e costituirà sempre la dote di ogni buon medico.

Dunque.... ripensando a queste cose, durante il viaggio di ritorno, mi è venuta in mente la visita che avevo fatto ad Anita (il nome è di fantasia ma la persona reale), qualche anno fa.

Anita aveva da poco superato i 50 anni. Il marito l'aveva lasciata una decina di anni prima e di lui non se ne era saputo più nulla. Aveva due figli. Il maggiore, per dare una mano economicamente in casa, aveva abbandonato gli studi e faceva l'operaio. L'altro, più giovane, frequentava la scuola superiore. Purtroppo la neoplasia di Anita era incurabile e gli oncologi mi avevano spiegato che per Lei c'era solo la terapia palliativa. Anita sapeva tutto, ma la cosa che la crucciava di più, era quella di dover lasciare quei due ragazzi senza il suo aiuto.

Una sera, prima di rientrare a casa dall'ambulatorio, mi ero fermato da Lei per una visita. E mi ero trattenuto a parlare per qualche tempo.

Tra le cose che mi aveva chiesto, oltre a quella di non perseguire alcun accanimento terapeutico, di volerle assicurare che nel futuro, avrei avuto un occhio di riguardo per quei due suoi figli. Quel dialogo, penso, le aveva fatto più bene di tante medicine. E ne aveva fatto anche a me, che da quel giorno ero riuscito a seguirla con maggior serenità.

Tornado in treno da Roma, dunque, mi chiedevo....

Come sarebbe mai possibile, oggi, un tal dialogo via WhatsApp?

ROBERTO MORA



# Sanità digitale: futuro promettente, ma manca ancora il salto di qualità

La sanità digitale piace e interessa tanto, sia ai pazienti che ai medici, per non parlare delle strutture sanitarie, eppure il suo sviluppo pratico e tangibile stenta a decollare. Nel 2022 infatti, la spesa in questo settore, decisamente strategico per il futuro del nostro Paese, è stata pari a 1,8 miliardi di euro con un aumento di solo il 7% rispetto al 2021. È questo uno dei dati più significativi emersi da una ricerca annuale condotta dall'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano.

## LO SCOGLIO DEL PNRR

Lo studio spiega che il tanto atteso cambio di passo per la digitalizzazione del nostro Sistema sanitario nazionale sarebbe dovuto avvenire con la Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Ma proprio l'utilizzo delle risorse legate a questo Piano europeo di rilancio dell'economia, si sta rivelando una sfida dall'esito tutt'altro che scontato. La difficoltà di comprendere come "mettere a terra" questa opportunità è infatti tra gli ostacoli più rilevanti allo sviluppo della Sanità digitale secondo i principali decisori delle strutture sanitarie (49%), insieme alle limitate risorse economiche (58%).

Gli obiettivi di digitalizzazione su cui puntare sono ormai chiari a tutti: cartella clinica elettronica, Fascicolo sanitario elettronico, servizi digitali al cittadino e telemedicina, ma anche cybersecurity e infrastrutture di rete. E come detto, nel Paese cresce l'aspettativa sullo sviluppo reale di tutti questi servizi, molti dei quali hanno ricevuto già grandi apprezzamenti sia dagli utenti che dai camici bianchi.

## MONITORAGGIO A DOMICILIO

Dalla ricerca dell'Osservatorio del Politecnico di Milano emerge ad esempio che alcune delle tecnologie

a supporto del paziente a domicilio sono già abbastanza diffuse, come le App per la salute (utilizzate dal 38% dei pazienti) o i dispositivi indossabili per monitorare i parametri clinici (29%), che destano la curiosità dei pazienti. Tra queste troviamo le tecnologie di realtà virtuale o aumentata (di interesse per il 49% dei pazienti) e gli assistenti vocali (47%) che consentono di ricevere informazioni e supporto in ambito salute (es. per ricordarsi di prendere un farmaco). Si tratta di un mercato che, sebbene ancora in una fase di sviluppo, appare di grande potenzialità e interesse, come dimostrato dalla numerosità di startup a livello internazionale e di progetti europei attivi su questo tema.

## COMUNICARE A DISTANZA

Risulta poi consolidato il ruolo di strumenti digitali "tradizionali" e non specifici per la Sanità, come l'e-mail e le App di messaggistica istantanea (es. WhatsApp), considerati sempre di più un'alternativa valida dai professionisti sanitari (33% dei medici specialisti, 38% dei Medici di Medicina Generale (MMG), e 40% degli infermieri). Per oltre il 60% dei professionisti questi sono tra gli strumenti di maggiore interesse per il futuro: la possibilità di gestire su un unico strumento più funzionalità utili per la gestione dei pazienti (es. prenotazione della visita, scambio di dati e informazioni, invio di comunicazioni massicce) e nel rispetto della privacy, è tra i benefici maggiormente riconosciuti.

## TELEMEDICINA E TELEMONTITORAGGIO

Passando dalla semplice comunicazione alla vera e propria cura del paziente, entriamo nell'ambito più specifico dei servizi di Telemedicina che, dopo la flessione riscontrata nel periodo successivo all'emergenza sanitaria, stanno vivendo una nuova

ripresa. Secondo lo studio, il 39% dei medici specialisti e il 41% dei MMG afferma di aver utilizzato servizi di Televisita e rispettivamente il 30% e il 39% ha fatto ricorso al Telemonitoraggio. Da notare però che nonostante sia importante utilizzare piattaforme dedicate per l'erogazione di questi servizi, solo il 39% dei medici dichiara di averlo fatto nell'ultimo anno: questo non è ancora sufficiente per coglierne appieno le potenzialità ed espone purtroppo a potenziali rischi, legati, ad esempio, alla sicurezza e alla privacy dei dati scambiati.

## INTEGRAZIONE DEI SERVIZI

A questo punto, bisogna sottolineare però che solo lo sviluppo di piattaforme di Telemedicina a livello regionale e nazionale previsto dal PNRR consentirà di diffondere in maniera più capillare i servizi sopra ricordati.

E tutto ciò sarà davvero possibile anche con l'integrazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina e del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, previsti proprio nell'ambito del già citato PNRR. Nell'attesa che il FSE 2.0 sia realizzato, lo studio del Politecnico di Milano sottolinea il fatto che ad oggi il Fascicolo è presente in tutte le Regioni e che i cittadini possono già accedervi. Solo che su questo fronte si constata una sostanziale "frenata" alla sua diffusione. Il 35% dei cittadini ha fatto almeno un accesso al FSE (vs 33% rilevato nel 2022) e la maggior parte di loro (53%) afferma di averlo usato solo per le funzionalità legate all'emergenza Covid (es. consultazione del Green Pass, dei certificati vaccinali). La ricerca mette dunque in guardia dal rischio che, essendosi affievolita l'impellente necessità di utilizzare tali servizi per l'emergenza, questo strumento non guadagni ulteriore popolarità.



**INTELLIGENZA ARTIFICIALE**

Nella ricerca trova poi spazio anche l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale (AI). Tra le sue applicazioni più diffuse ci sono le soluzioni che consentono di analizzare immagini e segnali per fini diagnostici o di trattamento: circa un terzo delle strutture sanitarie afferma di aver avviato prime sperimentazioni in questa direzione.

Si tratta delle applicazioni ad oggi più utilizzate dai medici specialisti e considerate come più promettenti per il futuro (60%). Sul fronte invece dei singoli medici, solo 1 su 10 ha utilizzato Chatbot basati su AI per cercare riferimenti scientifici rispetto a una determinata patologia, applicazione che per circa la metà dei medici rimane comunque promettente.

Da notare infine, sempre in questo ambito, che non emerge nessuna preoccupazione sul fatto che l'AI possa sostituire, anche in parte, il lavoro del medico.

GIUSEPPE CORDASCO

## *Rapporto Cittadinanzattiva: «Per 40% operatori sanitari carichi lavoro insostenibili»*

Oltre il 46% degli operatori sanitari afferma di essere soddisfatto del proprio percorso professionale, ma non altrettanto del proprio ambiente di lavoro che stimola poco o niente la realizzazione personale (per il 42,6%) e la crescita professionale (48,5%).

Oltre il 40% dichiara di avere carichi di lavoro insostenibili e uno su tre non riesce affatto a bilanciare i tempi lavorativi con quelli della vita privata. Il 31,6% denuncia di essere stato vittima, negli ultimi tre anni, di aggressione (verbale o fisica) da parte degli utenti, il 20,7% da parte di un proprio superiore e il 18,4% da parte di colleghi. E l'assenza nel posto di lavoro di un punto di ascolto psicologico è lamentata in particolare dal 65,9% degli intervistati. Sono alcuni dei dati contenuti nel Rapporto civico sulla salute 2023 realizzato da Cittadinanzattiva e presentato oggi a Roma.

Nonostante queste difficoltà, i professionisti sanitari credono fermamente nel valore del SSN e nella salute come bene pubblico: la maggioranza si sente orgogliosa di contribuire personalmente a dare risposta ai bisogni sociali e sanitari del cittadino (66,9%) e quindi di poter contribuire al benessere della comunità (71,6%). Soprattutto, la maggioranza (83,5%) crede

che ogni persona debba avere diritto alle cure di cui ha bisogno indipendentemente dalla gravità delle patologie o dal costo delle cure. Ciò detto, gli interpellati si dividono a metà tra chi sente di essere parte di un sistema che garantisce cure sanitarie a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro condizione economica e sociale (46,9%) e chi non ci crede (53,1%), e praticamente solo uno su due si sente parte di un'organizzazione che tutela l'interesse pubblico (52,1%) e l'equità sociale (47,9%).

Il Rapporto civico sulla salute, alla seconda edizione, integra i dati provenienti dalle 14.272 segnalazioni dei cittadini, giunte nel corso del 2022 alle sedi locali e ai servizi PIT Salute di Cittadinanzattiva, con dati provenienti da fonti istituzionali, accademici o della ricerca. L'obiettivo è mostrare come si traduce oggi il diritto alla salute dei cittadini nel complesso sistema del federalismo sanitario. Accanto ai mai risolti problemi generali di liste di attesa e accesso alle prestazioni (che raccolgono quasi una segnalazione su tre, 29,6%), i cittadini denunciano carenze in tutti e tre gli ambiti dell'assistenza sanitaria, ossia quella ospedaliera (15,8%), quella territoriale (14,8%) e l'area della prevenzione (15,2%).

Secondo Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva, «per superare l'Urgenza Sanità - prosegue - chiediamo che siano riaffermate cinque condizioni, cinque chiavi di accesso alla casa comune del Servizio Sanitario Nazionale: l'aggiornamento periodico e il monitoraggio costante dei Livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti ed esigibili su tutto il territorio nazionale; l'eliminazione delle liste di attesa, attraverso un investimento sulle risorse umane e tecniche, una migliore programmazione e trasparenza dei vari canali, un impegno concreto delle Regioni per i Piani locali di governo delle liste di attesa; il riconoscimento e l'attuazione del diritto alla sanità digitale per ridurre la burocrazia, comunicare meglio con i professionisti e accedere a prestazioni a distanza; la garanzia di percorsi di cura e di assistenza dei malati cronici e rari e, in particolare, delle persone non autosufficienti, finanziando la nuova legge per gli anziani non autosufficienti e riprendendo l'iter normativo per il riconoscimento dei caregiver; l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR, con il coinvolgimento delle comunità locali e dei professionisti del territorio».

# Allarme Medici di Famiglia dalla Fondazione Gimbe

**NE MANCANO QUASI 2.900 ED ENTRO IL 2025 NE PERDEREMO OLTRE 3.400. IL 42,1% SUPERA IL TETTO DI 1.500 PAZIENTI, RIDUCENDO LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.**

**L'AUMENTO DELL'ETÀ PENSIONABILE E DEL NUMERO DI ASSISTITI NASCONDONO LA POLVERE SOTTO IL TAPPETO**

Secondo quanto riportato sul sito del Ministero della Salute ogni cittadino iscritto al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha diritto a un medico di medicina generale (MMG) - cd. medico di famiglia - attraverso il quale può accedere a tutti i servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il MMG non è un medico dipendente del SSN, ma lavora in convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL): il suo rapporto di lavoro è regolamentato dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), dagli Accordi Integrativi Regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali a livello delle singole ASL.

«L'allarme sulla carenza dei MMG – afferma Nino Cartabellotta Presidente della Fondazione GIMBE – oggi riguarda tutte le Regioni per ragioni diverse: mancata programmazione, pensionamenti anticipati, medici con numeri esorbitanti di assistiti e desertificazione nelle aree disagiate che finiscono per comportare l'impossibilità di trovare un MMG nelle vicinanze del domicilio, con conseguenti disagi e rischi per la salute».

Al fine di comprendere meglio le cause e le dimensioni del fenomeno, la Fondazione GIMBE ha analizzato le criticità insite nelle norme che regolano l'inserimento dei MMG nel SSN e stimato l'entità della carenza attuale e futura di MMG nelle Regioni italiane.

«È bene precisare – spiega Cartabellotta – che le nostre analisi incontrano tre ostacoli principali. Innanzitutto, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono una grande variabilità del massimale di assistiti per MMG; in secondo luogo, su carenze e fabbisogni è possibile effettuare solo una stima media regionale, perché la reale necessità di MMG viene determinata da ciascuna ASL sugli ambiti territoriali di competenza; infine, la distribuzione non uniforme degli assistiti in carico ai MMG può sovra- o sotto-stimare il loro reale fabbisogno in relazione alla situazione locale».

## CRITICITÀ

Massimale di assistiti. Secondo quanto previsto dall'ACN, il numero massimo di assistiti di un MMG è fissato a 1.500: in particolari casi può essere incrementato fino a 1.800 assistiti, ma molto spesso questo numero viene superato attraverso deroghe disposte dagli Accordi Integrativi Regionali (es. fino a 2.000 nella Provincia Autonoma di Bolzano), deroghe locali per indisponibilità di MMG e scelte temporanee del medico (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). Parallelamente, altre motivazioni possono determinare un numero inferiore di assistiti: autolimitazione delle scelte, MMG con doppio incarico che ne limita le scelte, MMG nel periodo iniziale di attività, esercizio della professione in zone disagiate. «Per ciascun MMG – commenta il Presidente – il carico potenziale di assistiti rispetto a quello reale restituisce un quadro molto eterogeneo, dove accanto a troppi MMG “ultramassimalisti” ci sono colleghi con un numero molto basso di assistiti». I dati Agenas per l'anno 2021 documentano infatti che su 40.250 MMG il 42,1% ha più di 1.500 assistiti; il 36,7% tra 1.001 e 1.500 assistiti; il 13,6% da 501 a 1.000; il 6,2% tra 51 e 500 e l'1,4%

meno di 51 (figura 1, vedi documento allegato). In particolare, il massimale di 1.500 assistiti 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%) (figura 2, vedi documento allegato), «con ovvia riduzione della qualità dell'assistenza – commenta Cartabellotta – accendendo “spie rosse” su varie Regioni in relazione a tre criticità: la reale disponibilità di MMG in relazione alla densità abitativa, la capillare distribuzione territoriale e la possibilità per i cittadini di esercitare il diritto della libera scelta».

Ambiti territoriali carenti. I nuovi MMG vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione (o soggetto da questa individuato) delle cosiddette “zone carenti”, ovvero gli ambiti territoriali dove è necessario colmare il fabbisogno e garantire una diffusione capillare dei MMG. Secondo l'ACN per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un medico ogni 1.000 residenti o frazione di 1.000 superiore a 500 di età ≥14 anni (cd. rapporto ottimale); è inoltre consentita, tramite gli Accordi Integrativi Regionali, una variazione di tale rapporto fino a 1.300 residenti per medico (+30%). Pensionamenti. Secondo le stime dell'ENPAM 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.

Nuovi MMG. Il numero di borse di studio ministeriali destinate al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, dopo un periodo di sostan-

ziale stabilità intorno a 1.000 borse annue (2014-2017), è successivamente aumentato, in particolare nel 2021 (n. 3.406) e nel 2022 (n. 3.675) grazie alle risorse dedicate del PNRR (figura 3, vedi documento allegato). «Tuttavia i nuovi MMG – spiega Cartabellotta – non saranno sufficienti per colmare il ricambio generazionale. In particolare, l'ENPAM stima che il numero dei giovani formati o avviati alla formazione in medicina generale occuperebbe solo il 50% dei posti di MMG lasciati scoperti dai pensionamenti».

### STIMA DELLE CARENZE ATTUALI E FUTURE

Trend 2019-2021 e anzianità di laurea. Dal recente Rapporto Agenas sui MMG emerge innanzitutto una progressiva diminuzione di quelli in attività: nel 2021 erano 40.250, ovvero 2.178 in meno rispetto al 2019 (-5,4%) con notevoli variabilità regionali (figura 4, vedi documento allegato). «Ma è soprattutto il quadro anagrafico a preoccupare – commenta Cartabellotta – 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%) (figura 5, vedi documento allegato).

Numero di assistiti per MMG. Secondo le rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), al 1° gennaio 2022 39.270 MMG avevano in carico oltre 51,3 milioni di assistiti. In termini assoluti, la media nazionale è di 1.307 assistiti per MMG: dai 1.073 della Sicilia ai 1.461 del Veneto, ai 1.466 della Lombardia, fino ai 1.545 della Provincia Autonoma di Bolzano (figura 6, vedi documento allegato). «Tuttavia lo scenario – precisa Cartabellotta – è molto più critico di quanto lascino trasparire i numeri: infatti, con questo livello di saturazione vengono meno il principio della libera scelta e la distribuzione capillare dei MMG in relazione alla densità abitativa.

Di conseguenza, è spesso impossibile trovare disponibilità di un MMG vicino casa, non solo nelle cosiddette aree desertificate (zone a bassa densità abitativa, con condizioni geografiche disagiate, rurali e periferiche) dove i bandi per gli ambiti territoriali carenti vanno spesso deserti, ma anche nelle grandi città».

Fabbisogno di MMG al 1° gennaio 2022. «Le criticità sopra rilevate – spiega Cartabellotta – permettono solo di stimare il fabbisogno medio regionale di MMG in relazione al numero di assistiti, in quanto la necessità di ciascun ambito territoriale carente viene identificato dalle ASL secondo variabili locali». Se l'obiettivo è garantire la qualità dell'assistenza, la distribuzione capillare in relazione alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e l'esercizio della libera scelta, non si può far riferimento al massimale delle scelte per stimare il fabbisogno di MMG. Di conseguenza la Fondazione GIMBE, ritenendo accettabile un rapporto di 1 MMG ogni 1.250 assistiti (valore medio tra il massimale di 1.500 e l'attuale rapporto ottimale di 1.000) e utilizzando le rilevazioni SISAC al 1° gennaio 2022, stima una carenza di 2.876 MMG, con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.003), Veneto (-482), Emilia Romagna (-320), Piemonte (-229), oltre che in Campania (-349) (figura 7, vedi documento allegato).

Proiezione MMG al 2025. Tenendo conto dei pensionamenti attesi e delle borse di studio per il Corso di Formazione in Medicina Generale, i dati Agenas (dove mancano le stime per la Provincia Autonoma di Bolzano) dimostrano che nel 2025 il numero dei MMG diminuirà di 3.452 unità rispetto al 2021, con nette differenze regionali (figura 8, vedi documento allegato). In particolare saranno alcune Regioni del Centro-Sud nel 2025 a scontare la maggior riduzione di MMG: Lazio (-584), Sicilia (-542), Campania (-398), Puglia (-383). «L'entità della riduzione stimata da Agenas – chiosa Cartabellotta – è peraltro sottostimata per almeno due ragioni: innanzitutto, non tiene conto che i medici attualmente iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale possono acquisire

già durante la frequenza del corso sino a 1.000 scelte; in secondo luogo perché molti MMG vanno in pensione prima dei 70 anni».

«La progressiva carenza di MMG – conclude Cartabellotta – consegue sia ad errori di programmazione per garantire il ricambio generazionale, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e finanziamento delle borse di studio, sia a politiche sindacali non sempre lineari. Ed è evidente che le soluzioni “tampone” attuate dal Governo con il Decreto Milleproroghe (innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni) e dalle Regioni (aumento del massimale) servono solo a nascondere la polvere sotto il tappeto, senza risolvere la progressiva carenza dei MMG. In tal senso è necessario mettere in atto una strategia multifattoriale: adeguata programmazione del fabbisogno, tempestiva pubblicazione da parte delle Regioni dei bandi per le borse di studio, attuazione di modelli organizzativi che valorizzino il lavoro in team, piena implementazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), allineamento degli accordi sindacali ai reali bisogni della popolazione. Perché guardando ai numeri, accanto alla carenza già esistente, le previsioni dimostrano che i medici di famiglia saranno sempre meno nei prossimi anni.

Una “desertificazione” che lascerà scoperte milioni di persone con conseguenze sempre più rilevanti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e soprattutto per la salute della popolazione, in particolare gli anziani e i fragili».

FONTE: FONDAZIONE GIMBE



# Breve storia della Madrugada e del suo sviluppo

Prof. Roberto Corrocher  
presidente dell' ETS

Verona, Primavera, 2023.

La Guinea Bissau è, secondo l' ONU, uno dei paesi più poveri al mondo con una speranza di vita di 46 anni. Con una superficie grande come la Svizzera, ha una popolazione di circa 1.700.000 abitanti, il 14% di fede cristiana, la maggioranza dei quali cattolici, il 45 % mussulmani e il rimanente animisti. A rendere ancora più precaria la sua situazione si aggiunge il fatto che i pochi giovani che riescono a laurearsi all' estero *non tornano più in patria per la mancanza di adeguate strutture* che permettano loro di esercitare l' acquisita professionalità, impoverendo ancora di più il loro paese.

**Senza i suoi figli più preparati non c'è speranza di riscatto per i paesi dell' Africa nera!**

Sulla base di queste riflessioni, circa 34 anni or sono, a mons. Ferrazzetta, allora primate della Guinea Bissau, da me conosciuto per motivi professionali e diventato suo amico, suggerii **un progetto nuovo**: 1. far nascere a Bissau una *Cooperativa sanitaria privata con adeguate strutture, laica e a-politica* per evitare possibili future tensioni religiose e politiche, che riuscisse a gestirsi con il lavoro dei medici guineiani, resi proprietari della stessa, e 2. contemporaneamente a Verona un' *Associazione* in suo sostegno che avrebbe provveduto alla costruzione e mantenimento delle strutture e alla formazione del personale.

Così nel 1991 nacque la **“Cooperativa Madrugada”** (Aurora.... di un giorno nuovo) che *“non è un' opera di carità, ma una struttura, laica ed a-politica, che deve mantenersi con il lavoro professionale dei medici”*; così

recita il testo dell' autorizzazione della Camera di Commercio di Bissau. Come d' accordo, a Verona prese vita **“l'Associazione per la Collaborazione allo Sviluppo di Base della Guinea Bissau”**, trasformatasi in seguito in ONLUS ed ora in Ente del Terzo Settore (ETS), con il compito di costruire e donare alla Madrugada le necessarie strutture edilizie, le apparecchiature tecnologiche, garantendo la loro manutenzione, e impegnandosi anche a preparare adeguatamente il personale locale al loro uso.

Alla Madrugada appartennero inizialmente due medici ed una infermiera che esercitavano la loro professione in uno stabile messo a loro disposizione da mons. Ferrazzetta ad un affitto simbolico. La nostra Associazione veronese e la Diocesi di Bissau sarebbero state le organizzazioni garanti della Cooperativa dato che il Governo al potere, di ispirazione rivoluzionario-comunista, non permetteva la proprietà privata.

Verso la fine degli anni '90, a seguito di un bombardamento che distrusse lo stabile in cui operava la Cooperativa, la nostra ONLUS decise di costruire un poliambulatorio (con annesso laboratorio e una decina di letti tecnici) e una residenza per dar modo ai medici guineiani all' estero di tornare in patria. Purtroppo mons. Ferrazzetta morì alla fine degli anni '90 durante la guerra civile e non vide lo sviluppo edilizio della Madrugada. Questa trovò la sua prima locazione in un terreno di circa 7500 mq nel quartiere di Antula Bono a Bissau comperato dalla nostra ONLUS. Il poliambulatorio venne dotato di un servizio di cardiologia (ecografia ed elettrocardiografia), e servizi di radiologia, di oculistica, di pediatria, tre poltrone odontoiatriche, di una sala parto, di un inceneritore, oltre che del necessario locale di deposito.

Il complesso, compresa la residenza, venne da noi inaugurato nel dicembre del 2005.

I Medici che operano alla Madrugada sono cresciuti di numero, attualmente sono una quindicina; la struttura, nel frattempo, è stata dotata anche di un' *officina per la produzione di farmaci e fleboclisi*, unica in tutta la Guinea Bissau. La Madrugada è uno dei punti di riferimento per la popolazione del quartiere ed è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale.

In quegli anni, con l' aiuto del Rotary, riuscimmo a trovare (a 249 m di profondità) un' abbondante falda acquifera di acqua potabile (secondo le analisi eseguite a Verona) e dopo aver assicurato alla Madrugada il necessario approvvigionamento (tutta la struttura è dotata di acqua corrente e tutte le 10 stanze della residenza sono dotate di doccia), decidemmo di costruire all' esterno della sua recinzione, delle piccole fontane a disposizione della popolazione anche in considerazione che il locale acquedotto era inquinato e a Bissau c'era il colera.

Questa decisione cambiò radicalmente l' atteggiamento del Governo, fino ad allora assai sospettoso nei riguardi della Madrugada e della nostra Onlus.

Nel 2008 il Presidente della Repubblica, per mezzo dei Ministri dell' Istruzione e della Salute, donò alla Madrugada, con atto internazionale, un terreno adiacente alla nostra struttura, fino ad allora in dotazione delle locali forze armate. La motivazione ufficiale della donazione fu che *“la Madrugada, con la sua acqua, aveva salvato Bissau dal colera!”*. La superficie attuale del Campus è di circa 65000 mq. Lo stesso Governo ci suggerì, se possibile, di costruire nel terreno donato *le scuole e strutture per lo sport* (campo di calcio e di basket), cosa che accett-



tammo di fare alla condizione che nel frattempo il Ministero dell' Istruzione locale si impegnasse a preparare i docenti e i preparatori degli atleti, secondo la nostra logica fondante che vuole che siano i Colleghi guineiani che si fanno carico della formazione dei loro cittadini e della gestione delle strutture.

Ora, i rapporti tra Governo, Forze Armate, la Madrugada e la nostra ONLUS sono ottimi.

La Madrugada è cresciuta. Nel novembre del 2015, abbiamo inaugurato la struttura chirurgica dopo che avevamo identificato Colleghi Chirurghi locali in grado di farsi carico della attività specifica. La struttura è dotata di due sale operatorie, una decina di letti, strutture per dialisi per acuti, attività quest'ultima del tutto assente in Guinea Bissau. Tutto il nuovo reparto è dotato di gas medicali e di aria condizionata. Ai primi d'agosto 2016, l'equipe di Colleghi chirurghi locali ha incominciato ad operare con successo nella nuova struttura. Il giorno 15 marzo 2018, è stato anche possibile eseguire alla Madrugada la prima emodialisi ad una donna in insufficienza renale. Il centro medico è stato dotato anche di due autoambulanze.

La produzione di ossigeno è diventata molto importante perché la città di Bissau ne è priva, ed ora varie strutture cittadine si servono dell' ossigeno prodotto alla Madrugada; per questo abbiamo deciso di incrementare la produzione: una nuova apparecchiatura messa in funzione nel dicembre 2018 ha permesso di raddoppiarne la produzione, ma è stata in questi giorni ulteriormente incrementata con l'acquisto di nuove apparecchiature, anche in considerazione della pandemia da Covid-19.

Si è inoltre provveduto ad allestire un sala di terapia intensiva e di rianimazione. In occasione della pandemia sono stati donati alla cooperativa migliaia di termometri, di pulsossimetri e di sterilizzatori costruiti in Cina e la Madrugada è ora centro per i tamponi e per le vaccinazioni anti Covid-19, scelto dall' OMS, per il quale è stato costruito un apposito settore.

Visto l' aumento dell' attività radio-

logica, con l' importante aiuto di un imprenditore, abbiamo costruito una struttura nuova il che ci ha dato anche la possibilità di ampliare il laboratorio di analisi chimiche che nel frattempo è stato dotato di nuove apparecchiature (miniVidas della Biomerieux, Cobas C311 della Roche e Cepheid GeneXpert GX-IV-4) che aumentano notevolmente le possibilità diagnostiche. Il nuovo stabile per la radiologia è stato inaugurato alla fine di febbraio 2020 alla presenza del Primo Ministro, dr. Aristides Gomez, della ministra della Sanità, dott. Magda Robalo Silva, del console d' Italia a Bissau dott. Graziano Biazzi e del nostro segretario, dott. Giorgio Parise. Il nuovo padiglione radiologico è stato dotato di una TAC, acquisita nel giugno dello scorso anno con l'aiuto di un nostro benefattore, ed è la prima in tutta la Guinea Bissau.

La TAC è stata installata a Bissau il 23 marzo 2022 e ha già incominciato a funzionare. In questi ultimi giorni la nostra Associazione ha acquisito anche un importante mammografo che è in dotazione alla Madrugada.

Alla fine del 2018, è stato realizzato un sistema di trasmissione per via telematica delle radiografie, degli elettrocardiogrammi e degli esami di laboratorio eseguiti alla Madrugada che ora possono essere letti e discussi in tempo reale anche a Verona.

Un gruppo di solidarietà internazionale tedesco con sede a Berlino, "Better Life", venuto a conoscenza del nostro progetto, ha deciso di finanziare alla Madrugada un centro trasfusionale per poter incrementare l' attività chirurgica: i fondi per il centro trasfusionale sono già stati raccolti e versati sul conto della nostra associazione e il centro è ora funzionante.

Come detto, la Madrugada si è ora diversificata, coinvolgendo nel progetto, oltre ai medici, anche laureati in lettere, (è stata data vita alla scuola d'infanzia ed elementare che vede ora iscritti circa 800 bambini !), in economia, in farmacologia (stiamo potenziando l' officina farmaceutica ed è iniziata la produzione, oltre che di flebotomi, di 18 tipi di farmaci di uso comune, autorizzati dal locale Ministero della Sa-

nità) e in agraria: alla fine di novembre 2016 ha incominciato a funzionare un centro agro-nutrizionale con annesso panificio (donato da IMA-FORNI-VR), oleificio e un'apicoltura; il centro ha a disposizione circa 35000mq di terreno con impianto di irrigazione goccia a goccia; nel marzo 2018 è iniziata la produzione di olio e burro di arachidi, miele, cera, e una crema nutrizionale (100gr= 500 calorie). Nell' autunno del 2021, la Madrugada ha acquisito un terreno di circa 13.000 mq a Bula, poco distante da Bissau, il che permetterà di incrementare ulteriormente l'attività agricola. Il nuovo terreno è ora dotato di un pozzo, già funzionante e sarà dotato dei necessari stabili per l' attività agricola.

Più di 180 giovani di varia età seguono i corsi dello sport e due loro squadre sono iscritte al locale campionato di calcio. Il campo di calcio della Madrugada è ora affittato alla locale federazione nazionale e utilizzato per il campionato nazionale di calcio locale.

A metà del 2017, dopo gli opportuni corsi preparatori, è incominciata un' attività di sartoria, trasformata in Scuola di sartoria (ora convenzionata con le scuole e le forze armate). A Villa Buri, a Verona, alla fine di settembre 2017 è stata organizzata, con grande successo di pubblico, una sfilata di moda con modelle e vestiti di Bissau, e la manifestazione si è ripetuta il 29/09/2018 a Verona e nel settembre 2019 si è ripetuta a Mozzecane (VR). In questi ultimi mesi la sartoria è impegnata a produrre camici e mascherine per far fronte alla pandemia COVID-19.

Con l'aiuto della S.E.V.A di Aosta, abbiamo notevolmente aumentato la superficie coperta di pannelli solari per potenziare la capacità energetica del intero complesso. La disponibilità di energia è stata ulteriormente aumentata con l' installazione di nuove apparecchiature poste in un' apposita nuova costruzione e collegata anche con la rete elettrica locale. La superficie di pannelli è stata in questo mese di marzo aumentata notevolmente:

La Madrugada è attualmente riconosciuta dal Governo come sede di formazione per alcuni diplomi professio-

*nali (tecnico odontoiatra, tecnico farmaceutico, infermiere professionale)* ed è inoltre centro di formazione per i maestri per l'intera Guinea Bissau.

La Madrugada, mediante un' apposita convenzione firmata nel 2015, fornisce al Ministero della Sanità una serie di servizi medici e diagnostici. Tale convenzione è stata aggiornata ed estesa con apposito protocollo sottoscritto dal primo ministro della Guinea Bissau, dott. Aristide Gomes, dal sottoscritto presidente della nostra ONLUS e il direttore esecutivo della Madrugada, dott. Geraldo Badona Monteiro, in un apposito incontro avvenuto il giorno 22 febbraio 2019 a Verona. Il nuovo protocollo mira inoltre ad organizzare, un servizio di dialisi per malati cronici di cui la Guinea Bissau è priva pur avendo oltre 3500 malati di insufficienza renale che sono costretti ad espatriare per sottoporsi alla dialisi periodica, ma molti muoiono. Ai primi di ottobre del 2019, la Ministra della Sanità della Guinea Bissau, dott.ssa Magda Nely Robalo Silva, è venuta a Verona per mettere a punto insieme a noi i dettagli del progetto nazionale "emodialisi" che la Madrugada dovrebbe far partire entro la fine dell' anno 2020 in collaborazione con l' ospedale Simao Mendez di Bissau. Purtroppo la pandemia COVIT-19 ha rallentato l' avvio del progetto.

Nell' ambito di un progetto "Scuola-Lavoro", l'Istituto tecnico-professionale Ruzza di Padova ha deciso di far svolgere un periodo di lavoro (sartoria- odontoiatria- chimica) presso la Madrugada di Bissau: i primi 18 studenti con tre insegnanti sono partiti per Bissau alla fine di febbraio 2019, accompagnati dal nostro segretario, dott. Giorgio Parise. Nel febbraio 2020 si è ripetuta l' esperienza con un gruppo di 20 studenti della stessa scuola e a febbraio 2023 è partito un nuovo gruppo. Per iniziativa dei docenti dello stesso Istituto Ruzza, si è iniziato, ai primi di gennaio 2021, un corso di lingua italiana (a.. distanza) per i bambini della Madrugada. Gli studenti del Ruzza sono entusiasti di questa esperienza!

Al progetto "Madrugada" la nostra ONLUS ha finora contribuito con la costruzione di 20 stabili, oltre al cam-

po di calcio con le rispettive tribune, e con tutte le attrezzature necessarie (vedi anche Google Earth.). La diversificazione delle attività e in particolare la produzione di fleboclisi, l' attività chirurgica e il programmato progetto di un servizio di emodialisi nazionale, per il quale abbiamo costruito un nuovo apposito stabile, hanno reso strategica e indispensabile la continuità di approvvigionamento dell' acqua. Per questo abbiamo deciso di procedere allo scavo di un secondo pozzo con l'importante sostegno del Rotary International e a 230 metri di profondità abbiamo nuovamente scoperto una falda di acqua potabile (giugno 2019). Un Ospedale veneto ha donato alla Madrugada una cisterna di circa 5000 litri per l' acqua del pozzo e il nuovo pozzo è ora in finzione (2021).

La Madrugada ha assunto fin ora 156 persone locali regolarmente registrate presso la Camera di Commercio di Bissau! Ogni mese la Cooperativa trasmette alla nostra ONLUS il bilancio delle sue attività che risulta in attivo.

Concludendo, la Madrugada, 65.000 mq, consiste oggi delle seguenti attività:

1. Residenza (cucina, sala e 12 posti letto con servizi)
2. Centro Medico (con annessi servizi di pediatria, sala parto, cardiologia, oculistica, odontoiatria e centro per l'epilessia)
3. Padiglione chirurgico (con annesso centro trasfusionale)
4. Centro per Emodialisi
5. Padiglione radiologico (con trasmissione telematica e TAC)
6. Officina farmaceutica e farmacia.
7. Laboratorio di analisi
8. Polo scolastico (scuola d'infanzia ed elementari)
9. Polo sportivo
10. Centro di formazione professionale (diplomi)
11. Alternanza scuola/lavoro
12. Centro Agricolo e Apicoltura
13. Padiglione frigorifero
14. Panificio e centro nutrizionale
15. Sartoria (scuola di sartoria)
16. Nuova centralina elettrica
17. Gazebo per vendita prodotti della Cooperativa
18. Acqua – 2 pozzi alla Madrugada e uno a Bula.
19. Padiglione COVIT-19

La nostra Onlus individua laureati e tecnici locali e dona loro le necessarie strutture e le specifiche attrezzature e provvede a corsi di formazione perché possano esercitare la loro professionalità. Medici e laureati italiani si recano periodicamente alla Madrugada per corsi di aggiornamento e personale della Madrugada, a turno, viene in Italia, presso reparti disponibili da noi individuati, per il loro addestramento. In questi giorni abbiamo sottoscritto una convenzione con ospedali del Veneto (con l'approvazione della stessa Regione) – Verona, Vicenza e Bassano- e del Friuli – Pordenone e Udine- per degli stage di aggiornamento e formazione del personale della Madrugada.

Nel novembre 2020, l'Ambasciata dell' Unione Europea, ha scelto la Madrugada come sede sanitaria di riferimento per i cittadini europei presenti in Guinea Bissau.

### **Nuovi Progetti**

1) Progetto Epilessia. In considerazione del fatto che in Guinea Bissau vi sono circa 22000 persone sofferenti di epilessia mentre non esiste nessun centro di diagnosi e terapia, due nostri volontari, ricercatori in neuroscienze, hanno deciso di creare, nell'autunno 2020, un centro per l' epilessia presso la Madrugada che è già stato interamente finanziato da nostri benefattori. A questo progetto si sono ora associati, come sede di formazione, un noto centro di neurologia bolognese (Ospedale Bellaria) e l'Associazione Nazionale dei malati di epilessia collaborerà con il nuovo centro.

2) Progetto Oftalmologico. Le malattie oculari sono molto rappresentate in Guinea Bissau e non vi sono strutture adatte per la diagnosi e la terapia. Per questo, in collaborazione con l' Università di Chieti, la nostra Associazione ha pensato di organizzare un apposito centro presso la Madrugada. La scuola di specializzazione in oculistica si farà carico dell' organizzazione del centro e invierà esperti e specializzandi per l' attività e la formazione di personale locale.

3) Pandemia di Covit-19. È molto difficile quantificare l'entità della pandemia da Covit-19 in Guinea Bissau in

quanto l'anagrafe non è precisa e il sistema sanitario è molto precario e non ha dati precisi dell'infezione su base nazionale. La Madrugada, appoggiata dalla nostra Associazione, ha organizzato un centro destinato a far fronte a questa calamità. Per questo ha costruito un nuovo padiglione destinato al Covid-19. L'OMS ha indicato nella Madrugada un centro per le vaccinazioni e per i tamponi. Attualmente vengono vaccinate circa 100-120 persone al giorno. La sartoria si occupa di produrre mascherine e camici a questo scopo, e la Madrugada ha incrementato notevolmente la produzione d'ossigeno (anche per altre strutture di Bissau). Si sono anche organizzati dei letti di terapia intensiva che sono aumentati per una donazione di ulteriori 8 letti da parte di un ospedale veneto. In questi ultimi giorni, la dott.ssa Magda Robalo, alto commissario per la pandemia, ha fornito la Madrugada di ulteriori 6 monitor per il reparto di terapia intensiva.

4) *Convenzione* con un dipartimento di neuropsicologia dell'Università di San Paolo (Brasile) per l'organizzazione un *Corso di Tossicodipendenze*. Purtroppo il porto di Bissau, essendo ritenuto poco controllato, è stato scelto dai narcotrafficienti del centro-sud America come centro di smistamento internazionale della droga. La droga è quindi diventata un problema a Bissau. Per questo abbiamo accettato la proposta di iniziare un aggiornamento-educazione sulle tossicodipendenze. Il corso si svolge in streaming e diffuso in diversi paesi.

5) *Convenzione* con una libera Università di Barcellona (Spagna) per la formazione di personale medico e infermieristico della Madrugada.

6) *Convenzione* con l'Università di Verona per la formazione e sviluppo di attività mediche, infermieristiche, educative, sportive e agricole.

La Madrugada rappresenta una forma di solidarietà internazionale alternativa, un vero **"laboratorio di emancipazione sociale"**, come ora lo definiscono lo stesso Governo locale, la televisione portoghese, che fa servizio laggiù e la televisione "Africa" che fa servizio nei Paesi del Sahel, che, puntando sui laureati locali, mira a fare dei guineiani gli artefici della rinascita del loro paese. L'ambasciatore italiano dott. Giovanni de Vito, in visita ufficiale alla Madrugada nel giugno 2022, ha definito la stessa *l'orgoglio italiano in Africa*. Prima di Natale 2016, due nostri soci hanno potuto illustrare al Santo Padre, Papa Francesco, in udienza privata, la logica che sostiene il nostro progetto e hanno donato il volume di fotografie che documenta la Cooperativa Madrugada!

Importante è il fatto che la Cooperativa Madrugada, proprietaria degli stabili da noi donati, è autonomamente gestita da Colleghi locali, pur avendo dei vincoli con la nostra ONLUS. La direzione della stessa non ha mai chiesto alla nostra Onlus un solo centesimo per la sua gestione! L'impegno economico della nostra ONLUS per il complesso Madrugada si aggira fin'ora sui 12 milioni di euro.

In quest'ultimo anno sono avvenuti dei cambiamenti a livello nazionale, in aggiunta all'imprevisto dramma della pandemia Covid-19.

Il presidente Aristide Gomez, a seguito di elezioni nazionali, è stato sostituito, insieme ai suoi ministri, da Cissoko

Embalò, proclamato presidente. Siamo fiduciosi di poter intrattenere buoni e fruttuosi rapporti anche con il nuovo governo.

Altro evento inaspettato sono state le dimissioni da vescovo di mons Camnate, sostituito di mons Ferrazzetta, per motivi di salute, accettate da Papa Francesco, che ha nominato mons Josè Lampra in sua sostituzione. Pochi giorni or sono è deceduto per Covid-19 anche il vescovo di Bafatà, mons Zilli. Pur in questa difficile situazione, la Madrugada rimane un punto di riferimento per i guineiani e per la nostra Onlus un motivo di maggior attenzione ed impegno.

Tutto questo non sarebbe stato possibile realizzare senza il generoso concorso di volontari, molti veronesi ma non solo, il sostegno di parecchi soci dell'Onlus, numerosi benefattori e l'aiuto della Fondazione Cariverona, dell'AOUI di Verona e del Rotary: a Tutti questi va il nostro sentito ringraziamento.

Siamo decisi a proseguire questo originale esperimento e stiamo progettando una struttura "mamma-bambino" considerando che il tasso di mortalità neonatale ha raggiunto il 12%.

PROF. ROBERTO CORROCHER,  
PRESIDENTE DELL'ETS

P.S.: IBAN: c/c n°

**IT 08 G 02008 11770 000009924528**  
intestato a "Sviluppo Guinea Bissau Onlus" Unicredit Banca- Agenzia Garibaldi, via Garibaldi, 1- VERONA:  
**(5x 1000: C.F. n° 93066730230)**

## CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

Informiamo gli iscritti che la segreteria dell'Ordine è in grado di rilasciare ai medici che ne dovessero avere necessità le credenziali di accesso al portale INPS per la compilazione dei certificati di malattia a I personale dipendente. Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

## La ricetta elettronica sarà ora definitiva

«Abbiamo reso strutturale la ricetta elettronica, sia quella rossa che quella bianca, molto apprezzata da cittadini e medici. Abbiamo ritenuto che fosse giusto porre fine alla sperimentazione e alle proroghe per semplificare il lavoro dei medici di famiglia e la vita dei cittadini che non dovranno recarsi negli studi medici ma potranno ricevere la ricetta tramite mail o altri canali sul proprio cellulare». È quanto dichiara il Ministro della Salute Orazio Schillaci in merito alle misure per la salute contenute nel DL Semplificazioni approvato dal Consiglio dei Ministri.

Il provvedimento contiene anche un'altra importante novità che riguarda i pazienti cronici per i quali

la ricetta dematerializzata sarà valida per un anno e permetterà di fare scorta di farmaci per 30 giorni di terapia, sempre in base alle indicazioni del medico.

«Un malato cronico ha bisogno periodicamente di assumere lo stesso farmaco – aggiunge il Ministro – grazie a questa norma i pazienti o chi si prende cura di loro in caso di non autosufficienza, hanno il doppio vantaggio di non dover andare ripetutamente dal medico per ritirare la ricetta e ripetutamente in farmacia per ritirare i farmaci. Non dimentichiamo che molti pazienti cronici sono persone anziane, spesso affette da più di una patologia cronica, non auto-

sufficienti o che hanno difficoltà a spostarsi. È evidente la portata semplificativa di questa misura non solo per le persone ma anche per i medici di famiglia per i quali si alleggerisce il carico di lavoro amministrativo a vantaggio della cura dei pazienti».

Il disegno di legge infine contiene una norma per far fronte alle carenze di medicinali che modifica l'attuale normativa rendendo più tempestiva la comunicazione in caso di carenza e agevolando l'approvvigionamento dei farmaci. In particolare, si stabilisce che la comunicazione delle aziende all'Aifa, in caso di interruzione temporanea o definitiva della commercializzazione di un farmaco, riguardi le singole confezioni dei medicinali e che la comunicazione di carenza sia effettuata entro due mesi e non più quattro.

Ciò consentirà ai medici di valutare per tempo i farmaci da prescrivere per il regolare proseguimento della terapia, evitando disorientamento e disagio ai pazienti preventivamente informati.

### SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

#### OFFERTI AGLI ISCRITTI

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona (OMCeO VR) mette **gratuitamente** a disposizione dei suoi Iscritti, per problematiche relative all'attività professionale, le seguenti consulenze:

##### **CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)**

La consulenza va richiesta al n. tel. 045 594377 nelle giornate di lunedì e mercoledì dalle 15,30 alle 17,00

##### **CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)**

La consulenza va richiesta all'indirizzo di posta elettronica: federica.bortolotti@univr.it

##### **CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)**

La consulenza si espleta presso la sede dell'OMCeO VR, previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112, nella giornata di martedì dalle 09,30 alle 12,00.

Consulenza telefonica si può ottenere al n. 0376 363904 il lunedì dalle 15,00 alle 16,00

##### **CONSULENZA E.N.P.A.M. (Segreteria OMCeO VR - Sig.ra Rosanna MAFFIOLI)**

La consulenza si espleta presso la sede dell'OMCeO VR, previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112, nelle giornate di martedì e giovedì.



# LUPI, ORSI E CINGHIALI

## (Sogni, realtà ed utopie)

di **LUCIANO BONUZZI**

In questi tempi lupi, orsi e cinghiali, animali migrati da territori lontani ed estranei ad ogni frontiera, si impongono all'attenzione invitando a riflettere sui complessi rapporti che, da secoli e secoli, corrono fra uomo e animale: i lupi, come ben si sa, aggrediscono le greggi ma ben pochi provano pietà per le pecore dilaniate; gli orsi sono un pericolo per l'incolumità di chi cammina nei boschi ma la solidarietà di specie trova qualche ostacolo; i cinghiali devastano i prati e gli orti. Sembra che la tradizionale visione del mondo che orienta il rapporto uomo-animale vada eclissandosi. Nell'età arcaica quando l'uomo era raccoglitore e cacciatore l'interesse per le sorgenti alimentari, anche animali, era prioritario, tanto più che la possibilità di elaborare il cotto è fra le più rilevanti caratteristiche che permettono di distinguere l'uomo da ogni altro essere vivente rinforzandone l'identità di specie. In ogni modo, non tutti gli animali sono uguali e la complessità e il coinvolgimento emotivo dell'incontro di caccia hanno verosimilmente lasciato qualche traccia nell'inconscio: un presupposto per molteplici risonanze tanto che l'allusione a qualche animale non solo riempie l'immaginario gastronomico ma può acquisire sofisticati significati simbolici. Anche negli animali oggetto della presente riflessione - lupo, orso, cinghiale - gastronomia e simbolismo si intrecciano.

Del resto, non si mangia il lupo per la verosimile estraneità ad una gradevole percezione dei sapori ma anche perché una lupa è stata la madre della nostra civiltà occupandosi dei piccoli Romolo e Remo. Nello stesso messaggio evangelico il lupo ha un forte significato simbolico ma di segno di-

verso: dice, infatti, Gesù: "Ecco, io vi mando come pecore in mezzo ai lupi; siate dunque prudenti come i serpenti e semplici come le colombe" (1). Una possibile intesa fra uomo e lupo affiora, però, con san Francesco che rende tranquillo "il ferocissimo lupo d'Agobbio" garantendogli di essere "nutricato cortesemente" dalla cittadina (2). Francesco non avendo mai, per suo conto, aggredito qualche lupo riteneva di poter viaggiare tranquillo, con il proprio asino, anche in quei territori che dal lupo erano dominati (3).

Se per dire del lupo non si trova una esplicita sintonia fra gastronomia e simbolismo, in quanto il lupo altro non è per il cacciatore che un concorrente, questa intesa è meno oscura se si guarda all'orso, un simbolo caro a Berlino ed alla Santa Russia. Ma l'orso ha lasciato qualche impronta anche nella storia delle pratiche alimentari. Non si tratta, comunque, di un piatto forte. Michele Savonerola ritiene mediocre la sua carne perché connotata da "molta superflua umidità flegmatica"; lo stesso grasso lascia a desiderare (4). Maestro Martino da Como (5) suggerisce, per non trascurare le pratiche di cucina, di ricorrere a polpette. Anche Platina non è esente da perplessità; a suo avviso la carne di orso "è pesante da digerire, nuoce al fegato e alla milza, contiene molte scorie, toglie l'appetito e provoca senso di nausea in chi lo mangia" (6). Una via d'uscita è suggerita da Carlo Nascia per il quale "l'orso è buono in pasticcio" (7), ma dopo essere stato ben marinato. Oggi non è facile poterlo assaggiare, almeno in Occidente, ma lo si può trovare in Slovenia.

Più evidente e continuativa la presenza del cinghiale nella storia della gastronomia: è, infatti, segnalato nei

principali trattati di culinaria dai tempi antichi all'età contemporanea. La sua forza simbolica sembra invece essere un po' sbiadita, forse oscurata da quella del maiale, un parente. Il cinghiale, comunque, è ricordato da Apicio (8) e Claude Aziza (9) ne parla come di un cibo tutt'altro che eccezionale nella Gallia pre-romana. Nei libri di cucina degli ultimi secoli si raccomanda che si ricorra a cinghiali giovani, a cinghialetti (10), che la cottura, magari in vino e aceto (11), sia prolungata, che le carni siano movimentate con erbe e spezie (12). Particolarmente apprezzata è stata la testa (13) che, per essere preparata e servita, reclamava una decisa abilità del trinciante (14). Il grande Grimod de la Reynière lo ritiene un "repubblicano selvaggio" e analizzando il suo rapporto con il porco scrive che "è solo il suo odore selvatico, la sua selvaggia nobiltà e la sua indipendenza" (15) che permettono di distinguerlo. Non vi sarebbero, insomma, radicali differenze fra il cinghiale e il porco, pur connotati, entrambi, da alterne fortune. Nel lontano '500 Giovanni de' Rosselli scriveva, in merito al maiale, che la sua carne "non è sana in nessun modo" (16) ma si tratta di un punto di vista pessimistico che è stato poi falsificato dal detto "*dans le cochon tout est bon*" (17) e ciò vale anche per quel maiale selvaggio che è il cinghiale. Ricordato da Escoffier (18), il cinghiale è stato ormai sdoganato dalla stessa Accademia Italiana della Cucina (19).

Gli animali sopra ricordati hanno verosimilmente movimentato le pratiche di caccia dell'uomo preistorico acquistando nell'immaginario una sicura rilevanza che ne ha garantito la presenza nella mitologia. Una lupa, come si è ricordato, ha un ruolo essenziale nel mito di fondazione della civiltà romana (20); orse erano chia-

mate le giovani fanciulle che facevano parte del corteo di Artemide, una divinità con tratti selvaggi che amava aggirarsi fra i boschi (21); la caccia al cinghiale, al cinghiale dell'Erimanto, è stata una delle fatiche che ha dovuto affrontare Eracle che lo cattura e se lo carica sulle spalle (22).

Pure nel mondo delle fiabe e in quello dei sogni è palese la loro rilevanza. Figure ricorrenti nelle *Favole* di Esopo (22), orsi e cinghiali, ma soprattutto i lupi, impersonano quei complessi orientamenti comportamentali che la mente umana attribuisce loro; in particolare, il lupo, con la sua aggressività, oscilla fra spudoratezza ed ingenuità. Pure nel trattato - *Dell'Interpretazione de Sogni* - di Artemidoro Daldiano (24) non manca un cenno a lupi, orsi e cinghiali che quando compaiono nel vissuto onirico annunciano per lo più qualche sventura.

L'alone di favola che accompagna questi animali affiora anche dalle narrazioni della *Storia naturale* di Plinio. Plinio racconta, per dire della credulità dei Greci, di una possibile trasformazione dell'uomo in lupo: in Arcadia, infatti, il membro di una famiglia dopo aver tolto la propria veste ed attraversato a nuoto uno stagno si sarebbe trasformato in lupo vivendo per nove anni in un branco di quella specie ma poi, riataversato lo stesso specchio d'acqua e rimessa la propria veste, avrebbe ripreso l'aspetto umano, ma invecchiato (25). Altrettanto favolose le note sugli orsi che verrebbero al mondo simili a palline di carne bianca plasmata poi dalle leccate della madre; il grasso d'orso, ricorda Plinio, è adatto per elaborare medicine e soprattutto è utile contro la caduta dei capelli (26). Più concrete le riflessioni in tema di cinghiale di cui si ricorda la possibilità di dividerlo in tre parti portando a tavola quella di mezzo designata come filetto (27).

L'allusione a lupi, orsi e cinghiali non manca nello stesso *Ramo d'oro*, un saggio sulla magia di James Frazer, elaborato attraverso l'analisi di miti, folclore e costumi dei popoli di natura. Pericoloso il ruolo del lupo. Nell'antica Grecia si credeva, infatti, che se un cavallo avesse camminato

sulle orme di un lupo sarebbe stato preso da crampi (28). In Germania spaventava i mietitori in quanto si riteneva che fosse presente nell'ultimo covone (29). Più complessi i rapporti con l'orso: secondo gli Eschimesi la sua anima, una volta cacciato, si aggirava per tre giorni là dove era stato abbattuto mentre il suo corpo diventava tabù; per i Lapponi era motivo di gloria uccidere un orso ma chi lo aveva ucciso era considerato impuro per qualche tempo mentre il consumo delle carni era oggetto di elaborati rituali (30); per venire, infine, agli abitanti di un'isola del Giappone questi consideravano l'orso come la loro principale divinità ma ne mangiavano le carni, fredde e salate, e si vestivano con la sua pelle ma mentre lo facevano a pezzi si esibivano in inchini e salamelecchi (31). Anche il cinghiale è compromesso con la magia. Gli antichi indiani ritenevano che, rotolandosi sulla terra, potesse trasmettervi la propria forza (32).

Nell'antica Svezia si usava, invece, celebrare un singolare pranzo dal complesso rituale di preparazione: il cinghiale natalizio (33).

Il rapporto uomo-animale, come rivela questa breve escursione nel mondo di ieri, non è mai stato stabile, verosimilmente influenzato dalla rilevanza che compete alle pratiche di caccia per la sopravvivenza della propria comunità. Nell'età totemica (34) questo rapporto era dominato dalla prevalenza dell'animale nell'immaginario umano; l'animale, infatti, poteva essere ritenuto un dio ma, nel contempo, era poi mangiato. D'altra parte nell'età del barocco, ricordata quale esempio, lo sguardo umano- incoraggiato dalla scissione cartesiana fra *res cogitans* e *res extensa* – altro non vedeva nell'animale che una semplice macchina, priva di anima (35). Oggi, invece, la situazione è ancora una volta cambiata e chi vive in affollati aggregati urbani, ingerendo calorie mimetizzate sotto forma di carni tritate dalla illeggibile provenienza, immagina tutta la natura, piante ed animali, come un eden di serenità da salvare: il giardino terrestre dove poter finalmente abitare per diventare concime destinato a trasformarsi in fiore.

Gli animali – ora totem ed ora tabù; ora mangiati ed ora divinizzati - hanno, comunque, lasciato qualche traccia nel nostro inconscio. Una questione analizzata da Jung che scrive: "L'animale è un rappresentante dell'inconscio che, come matrice della coscienza, ha significato materno". Del resto, continua Jung: "Tutti gli animali appartengono alla Grande Madre e ogni animale selvatico abbattuto costituisce una trasgressione" nei suoi confronti. Ed ancora: "Come agli occhi del bambino la madre ha proporzioni gigantesche, così l'attributo della grandezza passa alla Grande Madre archetipica, la *madre natura*" (36).

Scandito dalla caccia (37) e dalle pratiche di cucina, il rapporto uomo-animale, la cui rilevanza affiora dalla magia e dalla mitologia ma anche da ricorrenti coinvolgimenti ideologici, movimenta da sempre la fantasia umana come testimoniano le più diverse espressioni figurative (38). E, naturalmente, la questione è al centro di incalzanti riflessioni psicodinamiche (39).

## Note e richiami bibliografici

1. Matteo, 10, 16.
2. Fioretti di san Francesco, cap. XXI, in *Fonti Francescane*, Padova, Messaggero di S. Antonio, 1990, pp. 1500-1503.
3. *Fonti Francescane*, ib., p. 1931.
4. Michele Savonarola, *Libreto da tute le cosse che se manzano*, a cura di Jane Nystedt, Stockholm, GOTAB, 1982, p. 112.
5. Maestro Martino da Como, *Liber de arte coquinaria*, in *L'arte della cucina in Italia*, a cura di Emilio Faccioli, Torino, Einaudi, 1987, p. 131.
6. Bartolomeo Platina, *Il piacere onesto e la buona salute*, a cura di Emilio Faccioli, Torino, Einaudi, 1985, p. 100.
7. Carlo Nascia, *Della maniera d'ammannire ogni sorta di carne e pesce*, sta con Domenico Romoli, *Il libro del pantonto*, Milano, Novedit, 1962, p. 95.
8. Celio Apicio, *Delle vivande e condimenti ovvero dell'arte della cucina*, a cura di Giambattista Baseggio, Venezia, Antonelli, 1852, p. 174.

9. Claude Aziza, *A tavola con Asterix, in La cucina e la tavola. Storia di 5000 anni di gastronomia*, Presentazione di Jean Fermiot e Jacques Le Goff, Bari, Dedalo, 1987, pp. 69-75.
10. Castor Durante da Gualdo, *Il tesoro della sanità*, a cura di Elena Camillo, Milano, Sella e Riva, 1982, p. 147.
11. Mattia Giegher, *Dal "Trattato del Trinciante"*, in *L'arte della cucina in Italia*, a cura di Emilio Faccioli, Torino, Einaudi, 1987, p. 620.
12. La raccomandazione che per l'elaborazione del piatto si abbondino in erbe e spezie ricorre nei più diversi trattati, in ogni epoca.
13. Vincenzo Corrado, *Il Cuoco galante*, a cura di Lejla Mancusi Sorrentino, Napoli, Grimaldi, 2007, p. 49.
14. Mattia Giegher, *Dal "Trattato del Trinciante"*, cit.
15. Grimod de la Reynière, *Almanacco dei Buongustai*, seguito dal *Manuale dell'Antifritrone*, con Introduzione di Folco Portinari, Milano, Sella e Riva, 1981, p. 28.
16. Giovanni de' Rosselli, *Opera Nova Chiamata Epulario*, a cura di Alberto Riccio, Roma, Bimo, 1973, p.9.
17. Perrine Mane, *Del maiale tutto è da mangiare*, in *La cucina e la tavola etc.*, cit., pp. 275-281.
18. Auguste Escoffier, *Guida alla grande cucina*, ed. it., Roma, Franco Muzzio Editore, 2001, pp. 802-803.
19. *La cucina del maiale*, con Presentazione di Giovanni Ballarini, Accademia Italiana della Cucina, 2009, p.9.
20. Sulla vicenda, non del tutto limpida, si veda: Plutarco *Le vite parallele. Romolo*, II-V, a cura di Alamerico Ribera, Roma, Casini, 1960, I, pp. 29-33.
21. Carlo Kerényi, *Gli Dei e Gli Eroi della Grecia. Gli Dei*, trad. Vanda Tedeschi, Milano, Il Saggiatore, 1962, I, p. 126.
22. Carlo Kerényi, *Degli Dei e gli Eroi della Grecia, Gli Eroi*, cit., II, pp.152-153.
23. *Favole esopiche tradotte da Concetto Marchesi*, Milano Feltrinelli, 1983, pp. 33, 43, 49, 50, 61, 64, 70, 78.
24. Artemidoro Daldiano, *Dell'Interpretazione de Sogni*, lib. II, cap. XII, trad. Pietro Lauro Modenese, con un saggio di Giorgio Seferis, Roma, Edizioni dell'Elefante, 1970, pp. 77-83.
25. Gaio Plinio Secondo, *Storia naturale, Antropologia e zoologia*, lib. VIII, ed. it., Torino, Einaudi, 1983, II, p. 195.
26. Ib., P 223.
27. Ib., p. 277.
28. James George Frazer, *Il ramo d'oro. Studio sulla magia e la religione*, trad. Lauro De Bosis, Torino, Boringhieri, 1965, I, p. 74.
29. Ib., II, pp. 710-711.
30. Ib., I, pp. 346-347.
31. Ib., III, pp. 784-785.
32. Ib., I, p. 54.
33. Ib., II, p. 729.
34. Guglielmo Wundt, *Elementi di psicologia dei popoli. Lineamenti di una storia psicologica dell'evoluzione dell'umanità*, trad. Ettore Anchieri, Torino, Bocca, 1929, p.7.
35. In merito al dibattito sull'anima delle bestie, si veda: Ignazio Gastone Pardies, *Dell'anima delle bestie*, Venezia, Andrea Poletti, 1724.
36. Carl Gustav Jung, *La libido. Simboli e trasformazioni*, trad. Renato Raho, Torino Boringhieri, 1965, pp. 320-321.
37. Senofonte, senza scordare orsi e cinghiali, considera la caccia con i cani un'invenzione divina e la valorizza perché "educa alla scuola della realtà" (Senofonte, *La caccia*, a cura di Andrea Tessin, Venezia, Marsilio, 1989, pp. 41, 111). Anche per Dione di Prusa la pratica della caccia è un fattore importante, funzionale alla semplicità della vita pastorale che si distingue dagli artifici degli aggregati urbani (Dione di Prusa, *Il cacciatore*, a cura di Elisa Avezzù, Venezia, Marsilio, 1990).
38. AA. VV. *Il Bello e le bestie. Metamorfosi e ibridi dal mito all'immaginario scientifico*, a cura di Lea Vergine e Giorgio Verzotti, Milano, Skira, 2004.
39. Accanto al classico saggio di Sigmund Freud (*Totem e Tabù: alcune coincidenze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici*, a cura di Cesare Musatti, Torino, Boringhieri, 1975), si veda di Giacomo Di Marco, *'Il magnifico animale'*, in *Il Bello e le bestie*, cit., pp. 161-165. Ed ancora, "Le frontiere della psicoanalisi - Gli animali: fantasie, fatti, narrazioni" è il titolo dell'incontro annuale organizzato a Lavarone alcune anni or sono (8-15 luglio 2005).

## CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING)

Per i medici e gli odontoiatri operanti in Stati non aderenti all'UE, facendo seguito alle note della Federazione del 2 e 4 luglio 2013 e nota del Ministero della Salute del 16 luglio 2013, il Ministero della Salute ha chiarito che la Federazione può rilasciare certificati di onorabilità professionale per i medici e gli odontoiatri operanti in Stati non aderenti all'Unione Europea. Ciò detto considerato che gli Ordini provinciali tengono gli Albi professionali ai sensi dell'art. 3, comma 1 lett. a) del D.lgs C.P.S. 233/46, si ritiene che gli stessi possano rilasciare tale certificato ai propri iscritti.

Per i certificati di onorabilità professionale dei cittadini comunitari, cittadini della Confederazione Svizzera, cittadini dell'Area SEE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e cittadini non comunitari stabiliti in Italia, si richiede il certificato di onorabilità professionale presso il Ministero della Salute: (modello G- Good standing) accompagnato da tutta la documentazione indicata nel modello G1 (solo per gli iscritti ad un Ordine professionale Italiano)

# Superlavoro e violenza medici

## “Servono interventi normativi”

*Superlavoro e violenza medici, Anelli (Fnomceo): “Servono interventi normativi”. Cassazione stabilisce che il limite dell'orario di lavoro deve coincidere con la tutela della salute. A Bari nuova aggressione, colpita dottoressa del Pronto Soccorso.*

Ammalarsi di superlavoro: accade sempre più spesso ai medici, stremati da turni infiniti, carenza di personale, impossibilità di concedersi le ferie o anche solo il giusto riposo. Oggetto di aggressioni e violenze fisiche e verbali. È di ieri l'ultimo grave episodio all'Ospedale San Paolo di Bari, dove una dottoressa in servizio al Pronto soccorso è stata aggredita e schiaffeggiata da una donna, riportando un trauma cervicale con una prognosi di quindici giorni. Qualche giorno fa, all'Ospedale pediatrico Giovanni XXIII, un altro medico era stato assalito dal padre di un paziente.

Ora la Cassazione, con una recente **Ordinanza** (Cass. Civ. Sez. lavoro, Ord. 28/02/2023 n° 6008), sancisce la legittimità del risarcimento del danno biologico per il superlavoro del medico, stabilendo che *“il limite dell'orario di lavoro deve coincidere con la tutela della salute, con un alleggerimento dell'onere probatorio in capo al lavoratore”*.

*“Questa decisione della Cassazione è importante – spiega il presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli – perché mette in evidenza come i ritmi e gli orari di lavoro dei medici, derivanti dalla carenza di personale, incidano non soltanto sulla qualità dell'assistenza e su quella della vita privata e familiare ma abbiano conseguenze dirette sulla salute. Non si tratta più di una mera rivendicazione contrattuale, ma di una questione di salute e di sicurezza sul lavoro”*.

Ma vediamo i fatti. Un dirigente medico di primo livello, dipendente di un'Asl, chiama in giudizio l'azienda datrice di lavoro per chiederne la condanna al risarcimento del danno biologico conseguente all'infarto del miocardio subito “a causa del sotto-dimensionamento dell'organico che l'aveva costretto per molti anni a intollerabili ritmi e turni di lavoro”. La Corte d'Appello respinge il ricorso contro la sentenza di primo grado, sotto diversi profili attinenti al mancato assolvimento dell'onere della prova, onerandone oltre misura il dipendente. Ora la Cassazione ribalta la pronuncia di merito, rimandando il caso alla Corte d'Appello in diversa composizione. In particolare, afferma che il lavoratore è tenuto ad allegare rigorosamente tale inadempimento, evidenziando i relativi fattori di rischio (ad es. modalità qualitative improprie per ritmi o quantità di produzione insostenibili, ovvero secondo misure temporali eccedenti i limiti previsti dalla normativa o comunque in misura irragionevole). Secondo i Giudici di legittimità, spetta, invece, al datore dimostrare che i carichi di lavoro erano normali, congrui e tollerabili o che ricorreva una diversa causa che rendeva l'accaduto non imputabile a sé. Inoltre, evidenzia che il fatto che sia stata riconosciuta in sede amministrativa la causa di servizio ai fini dell'equo indennizzo e che sia stata prodotta in giudizio la relativa documentazione, se non vale come prova legale (vincolante per il giudice) del nesso causale, ben potrebbe essere prudentemente apprezzata, ai sensi dell'art. 116 c.p.c., come prova sufficiente di quel nesso, in mancanza di elementi istruttori di segno contrario.

*“Tale decisione si inserisce in quel filone giurisprudenziale maggioritario – osserva Anelli – che afferma che il limite dell'orario di lavoro deve coincidere con la tutela della salute e con*

*un alleggerimento dell'onere probatorio in capo al lavoratore. Serve dunque un intervento del legislatore che elimini il tetto ancora oggi previsto per le assunzioni di personale medico e sanitario, e che valorizzi il lavoro dei professionisti sia per condizioni e contesto, sia con un'adeguata remunerazione. E questo non solo in un'ottica di risanamento del Servizio sanitario nazionale e di sicurezza delle cure e degli operatori, ma anche per preservare il sistema da un punto di vista della sostenibilità economica. In altre parole, meglio investire risorse per prevenire il danno biologico che essere costretti a spenderle per risarcirlo, perdendo risorse umane prima ancora che finanziarie”*.

*“Non dimentichiamo – conclude sempre Anelli, che è anche presidente dell'Ordine dei Medici di Bari – che anche la violenza ha conseguenze sulla salute, immediate ma anche indirette e a lungo termine: eventi cardiovascolari, disturbi post traumatici da stress sono effetti collaterali delle aggressioni, provati dalle evidenze scientifiche e per i quali la stessa Cassazione ha, più volte, riconosciuto un nesso causale. Anche in questo senso chiediamo un intervento, che permetta di applicare pienamente la Legge 113/2020 sulla sicurezza dei professionisti sanitari. Ai medici aggrediti nel barese, che ho già sentito personalmente, va la mia solidarietà di collega, di presidente d'Ordine e di presidente Fnomceo. Ma non basta: dobbiamo agire, per prevenire questi atti che hanno conseguenze sulla salute degli operatori, sulla sicurezza delle cure e sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, sempre più provato dall'abbandono da parte dei professionisti stremati da condizioni di lavoro intollerabili”*.

UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
20 MARZO 2023



# Sanità integrativa non sostituisca SSN: la Fnomceo in audizione al Senato

La sanità integrativa non deve entrare in concorrenza con quella pubblica ma, appunto, integrarla: è questo, in estrema sintesi, il senso di quanto affermato questa mattina dalla Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, per voce del Segretario Roberto Monaco, in audizione al Senato, di fronte alla 10ª Commissione Affari sociali, per l'Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria.

Attualmente la sanità integrativa rappresenta una spesa di 4,3 miliardi di euro a fronte di una spesa previsionale del Servizio Sanitario Nazionale per il 2022 di circa 124 miliardi di euro. La spesa diretta delle famiglie è di quasi 38 miliardi.

“Riteniamo che quello della sanità integrativa sia un tema complesso – ha premesso Monaco – e anche molto sentito dalle professioni medica e odontoiatrica. Per avere una corretta visione della questione è necessario distinguere tra le prestazioni che devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, e che sono i Livelli essenziali di assistenza, e le prestazioni che sono invece di pertinenza della sanità privata e che sono appunto prestazioni diverse: **per la sanità integrativa si parla appunto di prestazioni che “integrano” e non di prestazioni essenziali. In altri termini, la sanità integrativa non deve entrare in concorrenza con quella pubblica, ma deve bensì integrarla.** L'obiettivo è anche determinare un nuovo sistema di regole che garantisca l'intermediazione della spesa privata. Ciò significa individuare un soggetto terzo, che non può essere il mercato, da frapporre tra il cittadino utente ed il sistema di sanità integrativa, al fine di regolare tale rapporto, con regole chiare anche su tariffe e prestazioni”.

“Non c'è alcuna preclusione – ha chiarito – rispetto al settore privato laddove contribuisca a rendere più sostenibile il sistema: bisogna che la sanità resti universalistica al fine di garantire a tutti i cittadini pari diritti di cura. Il Servizio Sanitario Nazionale sta, infatti, perdendo quote importanti di universalismo contraddicendo la sua funzione storica di strumento di coesione sociale e rimanendo esposto ad un contingentamento progressivo delle risorse che sta creando delle disuguaglianze territoriali socialmente inaccettabili”.

“Per concorrere all'obiettivo della massima tutela della salute – ha continuato – occorre potenziare e concentrare l'impegno nell'ambito delle prestazioni e dei servizi non previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini per tramite delle regioni. L'obiettivo è quindi quello di garantire la tutela della salute ad un numero sempre maggiore di persone e a persone sempre più anziane: per raggiungerlo è necessario sviluppare un modello di sanità integrativa che sia di reale sostegno al sistema pubblico, che pur mantenendo un ruolo centrale in termini di universalità del servizio a tutti i cittadini, possa essere supportato allo stesso tempo nelle aree più critiche, quali assistenza domiciliare, cronicità, non autosufficienza e prevenzione e promozione della salute e stili di vita. Inoltre, le forme sanitarie integrative devono essere finalizzate al recupero e al contenimento delle liste di attesa, fenomeno che ad oggi costringe molti cittadini a ricorrere al privato, nonostante la maggioranza degli italiani abbia grande fiducia nel SSN”. Il nuovo modello di sanità integrativa, deve, quindi, fondarsi sul principio di mutualità, essendo in grado di garantire maggiore equità fra i cittadini e più elevati livelli di tutela sanitaria per tutti. Il welfare solidaristico finanziato

con risorse private andrebbe quindi incoraggiato e inserito in un contesto organico e coerente, non è un privilegio riservato a pochi: è un'espressione concreta di sussidiarietà, è la via per rendere sostenibile il welfare negli anni a venire, affrontando l'avversa curva demografica. Dunque, oggi, si può sicuramente parlare di sanità integrativa, dopo però aver reso più efficiente la sanità pubblica. Quella integrativa, infatti, può essere utile nel momento in cui integra il SSN, ma diventa una cosa negativa se finisce per sostituirsi al Servizio sanitario pubblico, come di fatto purtroppo sta già accadendo”.

“In relazione specificatamente alla professione odontoiatrica – ha sottolineato – si evidenzia la funzione che i fondi integrativi possono svolgere quali strumenti complementari nelle terapie e nella prevenzione odontoiatrica, rappresentando una opportunità ed una risposta al problema della sostenibilità del costo della terapia odontoiatrica per il singolo cittadino”.

Critica, invece, la Fnomceo verso quelle regole che impediscono al cittadino di potersi avvalere del medico di sua scelta, pena la perdita del beneficio economico assicurativo.

“Si auspica un intervento legislativo – ha concluso Monaco – volto a porre sullo stesso piano l'assistenza diretta e quella indiretta. In questo modo il paziente sarebbe libero di rivolgersi al medico di cui ha piena fiducia, certo di ricevere il livello di qualità delle prestazioni, in termini di assistenza medica, ritenuto più adeguato, conservando al contempo il beneficio assicurativo. È dunque indispensabile la definizione di regole e di organi di controllo delle attività e delle gestioni dei capitali dei Fondi integrativi per attivare sistemi di garanzia e di verifica indipendenti”.

UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
13 APRILE 2023

# Convegno Pastorale Salute “Il medico sia libero di ascoltare la sofferenza del paziente”

**Convegno Pastorale Salute, Anelli (Fnomceo): “Il medico sia libero di ascoltare la sofferenza del paziente. Il tempo di comunicazione è tempo di cura”**

*“È impensabile che un medico possa fare diagnosi solo guardando la TAC, che consideri la terapia come l'unica soluzione del problema ‘malattia’, senza considerare il disagio che c'è dietro, per il quale il paziente si rivolge a lui, a noi. Il tempo di comunicazione è tempo di cura: lo dice il nostro Codice deontologico, lo dice ora anche la legge. Eppure oggi il medico è costretto a fare una visita in 15 minuti. Le cose devono cambiare, a partire dalla formazione”.*

Così il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo **Anelli**, intervenendo questa mattina a Bari al XXIV Convegno nazionale di Pastorale della Salute CEI, **“Ho udito il suo lamento. In ascolto dei sofferenti”**.

In apertura del suo discorso, **Anelli** ha voluto ricordare la figura di Eleonora **Cantamessa**, la dottoressa travolta e uccisa, dieci anni fa a **Chioduno**, in provincia di **Bergamo**, per essersi fermata a soccorrere la vittima di un'aggressione.

*“È un episodio – ha commentato **Anelli** – che si ripete purtroppo in tante situazioni, come è successo qui a **Bari** a Paola **Labriola** e, a **Pisa**, con l'omicidio di Barbara **Capovani**, qualche settimana fa. La nostra è infatti una professione fatta di grande slancio, di grande passione. È una professione che si pone in un atteggiamento di ascolto, di grande disponibilità nei confronti della gente.*

*Ma è anche una professione in crisi. E la crisi viene fuori da un cambio culturale della nostra società”.*

Una crisi che non coinvolge solo la professione del medico, ma l'intero Servizio sanitario nazionale.

*“I medici, gli operatori sanitari – spiega ora **Anelli** – sono il vero tessuto connettivo del Servizio sanitario nazionale. Lo abbiamo visto durante il covid, lo vediamo tutti i giorni. Eppure, sempre più professionisti si arrendono, stremati da condizioni di lavoro insostenibili: turni infiniti, burocrazia pesantissima, ritmi pressanti che elidono sempre più il tempo da dedicare al malato, a quella parte fondamentale della cura che è la comunicazione.*

*E ancora, rischi professionali, denunce, aggressioni che sfociano anche in tragedie. Sono così sempre più numerosi i medici, gli operatori che non ce la fanno, e abbandonano il Servizio sanitario nazionale; verso il privato, l'estero, la libera professione, il prepensionamento. Mentre, soprattutto nei settori più a rischio di denunce o con condizioni di lavoro più difficili, non arrivano giovani medici a sostituirli”.*

*“Dobbiamo fermare – conclude **Anelli** – questa emorragia: senza medici, senza operatori non può esistere il servizio Sanitario nazionale. Siamo fieri di avere dalla nostra parte, verso questo obiettivo, i cittadini, la società civile, la Chiesa. Ci rincuorano le parole di **Papa Francesco**, del Cardinale Matteo Maria **Zuppi**, presidente CEI, del vicepresidente Monsignor Francesco **Savino**, che ha visitato il nostro Comitato Centra-*

*le, di Monsignor Massimo **Angeletti**, Direttore Ufficio nazionale per la Pastorale della salute, di Monsignor Giuseppe **Satriano**, Arcivescovo di **Bari**. Parole a sostegno di un Servizio Sanitario nazionale equo, uguale, universalistico, solidale. Un Servizio sanitario nazionale dove il medico sia sempre libero di udire, ascoltare, accogliere e prendersi cura del grido di dolore, del lamento, della sofferenza silenziosa, che non ha o non trova parole. Dove questo gemito non sia soffocato dal rumore di fondo di tutte le questioni aperte, dei malfunzionamenti, delle difficoltà organizzative. Dove la persona, il malato, sia protagonista, insieme al medico e agli operatori sanitari, di quell'alleanza terapeutica che è l'essenza stessa della cura”.*

UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
17 MAGGIO 2023



# Corte dei Conti: Portare Fondo sanitario nazionale almeno a 136 miliardi

## Corte dei Conti, Anelli (Fnomceo) al Governo: "Portare Fondo sanitario nazionale almeno a 136 miliardi"

Implementare il Fondo sanitario nazionale sino almeno a coprire la spesa di 136 miliardi prevista dalla Corte dei Conti. A chiederlo al Governo è oggi il Presidente della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo **Anelli**, all'indomani dell'audizione della Corte in Commissione Bilancio alla Camera.

*"Ha ragione il Ministro della Salute, Orazio Schillaci – spiega – quando auspica più risorse per la sanità. E sosteniamo la sua intenzione di aumentare il Fondo sanitario nazionale. Occorre innalzarlo almeno a copertura della spesa prevista dalla Corte dei Conti nell'audizione: oltre 136 miliardi di euro".*

*"Inoltre – continua – è il momento di eliminare i tetti di spesa per il personale, per poter effettuare nuove assunzioni e retribuire adeguatamente i professionisti. È necessario programmare investimenti mirati con adeguato stanziamento di risorse. Va infine introdotta la possibilità di ricorrere a prestazioni aggiuntive da parte di medici già integrati nel Servizio sanitario nazionale, per valorizzare il loro ruolo e ridurre il ricorso ai gettonisti. Questo potrebbe già essere attuato con un emendamento allo stesso DL Bollette".*

*"Continuiamo a pensare – aggiunge ancora – che occorra un finanziamento straordinario che vincoli le risorse sul potenziamento del personale e dei professionisti sanitari. Molti analisti sanitari stimano in 30 miliardi*

*questo stanziamento, che servirebbe per pagare gli stipendi ai professionisti sanitari oggi assenti sul territorio, aumentare le remunerazioni ai medici, sia in ospedale che sul territorio, e ai professionisti della salute, aumentare il numero degli addetti in sanità, garantendo a tutti gli operatori sanitari un welfare sociale ancora oggi assente in larga parte del Paese".*

*"Infine – conclude – è il tempo di aprire una riflessione su correttivi che calmierino le spese sanitarie da parte delle Regioni, in particolare quelle dovute alla mobilità sanitaria, che sottraggono risorse alle regioni già meno avvantaggiate".*

UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
20 APRILE 2023

# Colpa medica: la ricetta Fnomceo contro le denunce ingiuste

Prorogare il cosiddetto "scudo penale" per i professionisti sanitari, introdotto durante l'emergenza Covid, per far fronte a un'altra crisi: quella della carenza di medici nel Servizio sanitario nazionale.

Lo chiede la **Fnomceo**, la **Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**, audita oggi sulla "Colpa professionale medica" presso la Commissione ad hoc del Ministero della **Giustizia**.

*"In maniera analoga a quanto previsto durante la pandemia – ha motivato nel suo intervento il presidente, Filip-*

*po Anelli – si ritiene che le particolari condizioni di lavoro derivanti dalla carenza di personale, nonché dalla scarsità dei mezzi a disposizione, siano tali da dover sollevare i professionisti sanitari dalla responsabilità penale in tutti quei casi di morte o lesioni, eventualmente provocate ai pazienti, diversi dalla colpa grave, almeno fino a quando le attuali criticità non risulteranno risolte o quantomeno attenuate. Questa sarebbe una norma utile anche per i cittadini perché questi ultimi hanno il diritto ad essere curati e a trovare medici a disposizione".*

Cittadini che, precisa il presidente **Fnomceo**, "potranno sempre rivolgersi al giudice civile per ottenere – in tempi più rapidi – il risarcimento dei danni, qualora si sentano danneggiati". "Riteniamo – ha affermato sempre **Anelli** – che il primo passo per la prevenzione e la gestione di una nuova emergenza dettata dalla carenza di personale sanitario, qualsiasi ne possa essere la causa, sia sollevare i professionisti sanitari dalla responsabilità penale in tutti quei casi di morte o lesioni, eventualmente provocate ai pazienti, diversi dalla colpa grave.

*I medici rappresentano infatti per il Servizio Sanitario Nazionale il capitale umano, la risorsa indispensabile, che, nella crisi pandemica, ma anche nella quotidianità, si è rivelato esserne il vero tessuto connettivo, l'elemento di coesione non solo sanitaria ma anche sociale".* Una risorsa che, però, è sempre più depauperata a causa delle condizioni di lavoro, spesso insostenibili, che portano i medici ad abbandonare il Servizio sanitario nazionale: verso il privato, la libera professione, l'estero, il pre-pensionamento. E, a subire questa desertificazione, sono soprattutto le aree più a rischio di denunce, o comunque messe a più dura prova dalla pandemia, come dimostrano i dati della stessa **Fnomceo**, del **Cogeaps**, il Consorzio della Gestione anagrafica delle Professioni sanitarie, e del Sindacato **Anaao-Assomed**. Eppure, nel 95% dei casi la denuncia si risolve con la piena assoluzione del medico. *"Spesso la denuncia penale – spiega ora Anelli,*

*a margine dell'audizione – è vista, su consiglio di organizzazioni che invitano i cittadini a liti anche temerarie con il miraggio di un risarcimento, come una 'scorciatoia' per ottenere perizie e pareri gratuiti, che possono essere poi usati in sede civile. Anche se, in questo modo, i tempi per l'eventuale risarcimento civile si allungano di molto, con disagio anche per quei cittadini che ne avrebbero realmente diritto. E con gravi ripercussioni sul medico, dal punto di vista professionale, mediatico, economico e della qualità di vita privata e professionale".* Per questo la **Fnomceo**, per voce di **Anelli**, ha chiesto alcuni correttivi al quadro normativo vigente.

*"Al fine di evitare la strumentalizzazione del processo penale ai fini del risarcimento civile", la Fnomceo ha proposto infatti di verificare la "percorribilità di un provvedimento che preveda che, nel caso in cui il professionista sia assolto, le spese siano a carico del soggetto denunciante" e, in ogni caso, di*

*"prevedere un risarcimento per quei professionisti ingiustamente accusati".* Auspicato anche un controllo più stringente sui messaggi pubblicitari che invitano a intentare azioni giudiziarie contro i medici. La **Fnomceo** ha poi proposto alcuni interventi per rendere più attrattivo il sistema degli indennizzi assicurativi rispetto a quello dei risarcimenti civili. Ha, infine, sollecitato l'applicazione e revisione del Protocollo d'intesa firmato nel 2018 con il Consiglio Nazionale Forense e il Consiglio Superiore della Magistratura per promuovere e orientare la revisione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici presso i Tribunali, la verifica, al momento dell'iscrizione all'albo dei CTU e dei periti, del possesso di elevate competenze tecniche e procedurali, e l'emissione dei decreti attuativi della Legge Gelli - Bianco sulla sicurezza delle cure, attesi dal 2017.

UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
10 MAGGIO 2023

## Fine emergenza globale Covid

**Fine emergenza globale Covid, Anelli (Fnomceo): "La malattia non è scomparsa, ma ritorno alla vita normale convivendo con il virus. Proteggere i fragili"**

*"I numeri delle infezioni da Covid in tutto il mondo stanno scendendo e quindi si riduce sostanzialmente questa malattia. Però la malattia continua ad essere una delle patologie temibili perché ancora oggi provoca morti nel nostro paese".*

Con queste parole il presidente della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo **Anelli**, spiega la decisione dell'**Organizzazione mondiale della Sanità** di dichiarare la fine dell'emergenza sanitaria internazionale, che era stata indetta il 30 gennaio 2020. Lo fa in un video per **Fnomceo Tg Sanità**, diffuso in anteprima.

Lo stesso Direttore Generale dell'Oms Tedros **Ghebreyesus** ha invitato alla prudenza, sottolineando che il virus è qui per restare e tutti i paesi dovranno imparare a gestirlo insieme ad altre malattie infettive. Sempre secondo Oms il numero di decessi settimanali segnalati è stato il più basso da marzo 2020, ma nel mese di aprile, in Italia, si sono registrati ancora più di 600 morti. 20 milioni, in questi tre anni, i morti stimati dall'Oms, come dichiarato oggi in conferenza stampa da Tedros **Ghebreyesus**.

*"Ovviamente – chiarisce Anelli – il messaggio non è quello di pensare che la malattia è scomparsa, ma di pensare che il ritorno alla vita normale qualche volta ci fa incontrare anche questa malattia. E questa malattia naturalmente produce i suoi effetti soprattutto per i fragili, che devono ricordarsi di tutelarsi sempre e co-*

*munque: e qui l'uso delle mascherine diventa in qualche maniera ancora oggi importante".*

*"Molto bene il ministro Schillaci – conclude Anelli – che ha demandato ai sanitari, in maniera particolare alle direzioni sanitarie e poi ai singoli professionisti, la decisione sull'uso delle mascherine. Una decisione che naturalmente non può che essere quella di proteggere i fragili, soprattutto i pazienti immunodepressi, gli anziani. Quindi il medico deve utilizzare questa sua discrezionalità sulla base di evidenze, di linee guida che possono in qualche maniera aiutarlo nella sua decisione di imporre l'obbligo di tenere la mascherina soprattutto lì dove le condizioni favoriscono la diffusione del virus verso le persone più deboli".*

UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
5 MAGGIO 2023



# Riscatto Enpam vs riscatto "Agevolato" Inps: valutare conviene sempre

Non è detto che il riscatto agevolato Inps sia il modo più economico o conveniente per riscattare il periodo di laurea.

La regola generale rimane quella di fare sempre una valutazione specifica sul proprio caso particolare,

come spieghiamo nella **Guida per i medici dipendenti** realizzata dal Giornale della previdenza Enpam. Riportiamo qui l'esempio di un medico dipendente che svolgeva attività intramoenia versando la Quota B dell'Enpam con l'aliquota al 2%.

Al medico in questione servivano almeno 3 anni di riscatto per andare in pensione. Con il riscatto ordinario Inps avrebbe avuto un costo altissimo, anche perché il periodo da riscattare rientrava nel sistema retributivo.

**RISCATTI**

**COME FUNZIONA la tua previdenza ENPAM**

Il tuo versamento alla Quota B del Fondo di previdenza generale, se versato anche in base professionale (previdenza Inps), ti consente di riscattare i contributi versati in base al proprio caso particolare. Con l'addebito diretto in banca al proprio conto corrente la tua quota è di 24%.

**COME RISCATTARE LA TUA PREVIDENZA ENPAM**

Non è detto che il riscatto agevolato Inps sia il modo più economico o conveniente per riscattare il periodo di laurea. La regola generale rimane quella di fare sempre una valutazione specifica sul proprio caso particolare, come spieghiamo nella Guida per i medici dipendenti realizzata dal Giornale della previdenza Enpam. Riportiamo qui l'esempio di un medico dipendente che svolgeva attività intramoenia versando la Quota B dell'Enpam con l'aliquota al 2%.

| Quota   | Costo     |
|---------|-----------|
| Quota A | 258,73€   |
| Quota B | 500,26€   |
| Quota C | 938,75€   |
| Quota D | 1.733,72€ |
| Quota E | 69,70€    |

**RISCATTO AGEVOLATO INPS**

Costo: 19,5%

**RISCATTO ENPAM**

Costo: 24%

Con il riscatto agevolato avrebbe pagato poco più di 5mila euro per anno, ma avrebbe perso più di 1.000 euro al mese (lordi) di pensione Inps. Visto che versava la Quota B con l'aliquota al 2% ha potuto riscattare i 3 anni che gli servivano con un costo inferiore a 2mila euro per anno. Per poterlo fare ha dovuto poi versare con l'aliquota intera sino al pensionamento, come da regola. Una volta lasciato il lavoro ha comunque potuto chiedere di versare la Quota B con l'aliquota ridotta riservata ai pensionati. L'esempio non è generalizzabile, ma verificare il proprio caso vale la pena.

## RADIOPROTEZIONE

Un altro corso FAD della FNOMCeO è online sulla piattaforma FadInMed: si tratta de **"La radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020 per medici e odontoiatri"**. Il corso illustra nei dettagli le novità legate all'introduzione della nuova normativa sulla radioprotezione, di grande interesse per tutta la classe medica ed odontoiatrica, anche perché ha determinato un obbligo formativo ECM in materia di radioprotezione ("i crediti specifici in materia di radioprotezione devono rappresentare almeno il 10% dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia..., e almeno il 15% per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare").

L'opera è particolarmente utile per gli esercenti l'attività radiodiagnostica complementare: odontoiatri e medici non specialisti in radiologia o medicina nucleare che utilizzano radiazioni ionizzanti per la pratica clinica quotidiana.

Il corso si articola in 4 moduli con videolezioni e questionari ECM e ogni unità didattica si compone di una prima parte tecnico normativa, a cui segue un recap/applicativo per riepire, anche con l'utilizzo di mappe concettuali, gli argomenti trattati.

Il corso (ID 371228) eroga **8 crediti ECM** e sarà fruibile online dal **01 gennaio al 31 dicembre 2023**.

# Nuovi mutui Enpam per molti più medici e dentisti

Comprare o ristrutturare casa e studio professionale adesso è un'opportunità a disposizione di molti più medici e dentisti. L'Enpam ha infatti ampliato la platea di quanti potranno fare domanda per i mutui ad accesso agevolato erogati in favore dei propri iscritti, che altrimenti – come nel caso dei più giovani – non avrebbero i requisiti per accedere al finanziamento da parte di una banca.

Nei giorni scorsi, il Consiglio di amministrazione della Fondazione ha stanziato un budget di 40 milioni di euro, per finanziare la misura di sostegno che nel nuovo bando 2023 includerà anche i medici e i dentisti al di sopra dei 40 anni.

## PORTE APERTE ANCHE AGLI OVER 40

Come accennato, la novità del bando 2023, che verrà pubblicato a breve sul sito dell'Enpam, è la possibilità di partecipare anche per i medici e dentisti over 40 e non più solo per i gli iscritti con meno di 40 anni, come era stato negli anni precedenti.

In questo modo la Fondazione è venuta incontro alle esigenze di chi negli anni scorsi non rientrava nel limite di età. Il nuovo bando sarà quindi aperto ai molti medici e dentisti che hanno esigenza di stipulare un mutuo per comprare o ristrutturare la prima casa e ai liberi professionisti e medici convenzionati che hanno il progetto di acquistare o sistemare lo studio professionale.

## FINO A 300MILA EURO

I prestiti messi a disposizione dall'Enpam sono fino a 300mila euro e comunque fino all'80 per cento del valore dell'immobile, che possono essere utilizzati per l'acquisto della prima casa o di uno studio professionale, oppure per la sostituzione di un mutuo ipotecario esistente contratto in precedenza.

Per l'esecuzione di lavori di ristrutturazione o ampliamento dell'abitazione di proprietà o dell'immobile utilizzato per l'attività lavorativa si possono chiedere fino a 150mila euro.

Per quanto riguarda il tasso di interesse, nel bando 2023 la parte applicata dall'Enpam rimane invariata ed è di 1,95 punti percentuali, che vanno poi sommati al tasso di riferimento stabilito dalla Banca centrale europea, che ad ora è del 3,75 per cento. Quindi il tasso fisso annuo dei mutui erogati dall'Enpam al momento è del 5,7 per cento (ma farà fede il tasso ufficiale Bce in vigore al momento della stipula dell'atto notarile).

Qualora successivamente alla concessione del mutuo l'iscritto trovasse condizioni migliori, potrà sempre chiedere di trasferirlo a una banca con lo strumento della surroga.

## CHI PUÒ PARTECIPARE

I 40 milioni di euro stanziati dall'Enpam sono divisi in varie tranches, destinate per fasce d'età e per tipologia di immobile.

La metà dello stanziamento, pari a 20 milioni di euro, è destinato a finanziare mutui per l'acquisto o la ristrutturazione della prima casa o per la sostituzione di un mutuo già stipulato, da parte dei giovani medici e dentisti, che quindi non abbiano superato i 40 anni di età. L'accesso ad altri 10 milioni di euro non prevede limiti di età. La cifra è destinata a sostenere l'acquisto o la ristrutturazione della prima casa, oppure la sostituzione di un mutuo esistente.

Allo stesso modo, ai restanti 10 milioni di euro del budget possono accedere tutti gli iscritti all'Enpam per comprare o ristrutturare lo studio professionale, oppure per sostituire un mutuo esistente.

La domanda di mutuo per l'acquisto dello studio professionale può essere presentata anche dai medici o dentisti riuniti in associazione o in società di professionisti.

## I REQUISITI

I mutui erogati dall'Enpam, come accennato, sono pensati per sostenere gli iscritti che rimangono esclusi dal circuito bancario. Per fare domanda bisogna avere come requisito un reddito lordo annuo medio degli ultimi tre anni non inferiore a 34.149,70 euro.

Gli iscritti fino a 40 anni, titolari di partita Iva che aderiscono al regime fiscale agevolato, possono invece accedere ai mutui se hanno un reddito lordo medio annuo da lavoro personale degli ultimi due o tre anni non inferiore a 20mila euro. I medici specializzandi e i corsisti in medicina generale, sempre under 40, possono accedere al bando dimostrando mediante la dichiarazione dei redditi, la retribuzione relativa alla loro borsa o al contratto di formazione.

In ogni caso, tutti gli iscritti che vogliono fare domanda non devono avere in corso alcun finanziamento o mutuo erogato dalla Fondazione a proprio favore, compresa la rateizzazione dei contributi previdenziali pregressi non versati. Devono inoltre avere almeno un anno di anzianità minima d'iscrizione ed effettiva contribuzione ed essere in regola con gli adempimenti in materia di iscrizione e contribuzione.

## COME FARE DOMANDA

La richiesta di mutuo deve essere presentata esclusivamente attraverso la procedura informatica, tramite l'area riservata del sito della Fondazione, a partire da mezzogiorno del prossimo 31 maggio e fino a mezzogiorno dell'11 settembre 2023.

ANTIOCO FOIS

# Medici in calo, approvata la riforma della Quota A

Gli effetti del progressivo pensionamento di un'intera coorte di medici hanno imposto la revisione del contributo minimo di Quota A, che dal prossimo anno aumenterà con un meccanismo diverso.

Il nuovo regime prevede, per quanto concerne il contributo da versare, una rivalutazione annua che passa dall'1,5 al 3 per cento e che si andrà a sommare al 100 per cento del tasso d'inflazione (invece che il 75 per cento).

La modifica è stata ratificata con 164 voti favorevoli e 6 contrari dall'Assemblea nazionale, riunita sabato 29 aprile per l'approvazione del bilancio consuntivo 2022.

## LE RAGIONI DELL'AUMENTO

Le condizioni demografiche ed economiche che hanno indotto l'Enpam a rivedere gli importi del contributo minimo per tutti i medici e i dentisti sono state illustrate nel corso dell'assemblea nazionale dello scorso novembre e comunicate a tutti gli iscritti attra-

verso il **Giornale della previdenza dei medici e degli odontoiatri** (si da pagina 20 a pagina 27).

In sintesi, basti pensare che nell'ultimo anno i nuovi pensionati di Quota A sono stati più di 10mila (10.618) mentre il numero totale dei contribuenti attivi è diminuito di oltre 3mila (-3.148 medici e dentisti).

Una tendenza consolidata negli ultimi anni, segnata dal progressivo e massiccio ricorso al pensionamento della generazione del baby-boom, solo parzialmente compensato dall'ingresso delle nuove leve.

Anche la distribuzione delle età ha il suo peso. Mettendo a confronto la platea degli iscritti Enpam di oggi e quella di 10 anni fa si nota che il numero dei contribuenti alla Quota A è cresciuto del 3 per cento, a fronte però di un calo del 6 per cento dei professionisti con più di 40 anni, quelli che – per intenderci – versano il contributo di importo maggiore.

## SALVADANAIO PREVIDENZIALE PIU' RICCO

L'aspetto più importante da tenere in considerazione, comunque, è che la Quota A non è una tassa ma un contributo che ogni professionista accantona in un salvadanaio previdenziale che cresce in proporzione ai versamenti fatti. Poiché dal 2012 questa gestione funziona con il metodo contributivo, più si versa più si prenderà di pensione. Un aumento della Quota A, quindi, non comporta una maggiore spesa ma un maggiore risparmio.

## TUTTI I VANTAGGI DELLA QUOTA A

I benefici della Quota A, inoltre, non si limitano alla pensione, che già di per sé restituisce con gli interessi tutti i versamenti fatti durante la vita professionale. La Quota A dà infatti diritto a una lunga serie di prestazioni di welfare che vengono garantite a tutti gli iscritti senza costi aggiuntivi. Mutui per i giovani, sussidi in caso di difficoltà o in caso di calamità naturali, assicurazione gratuita per long term care: sono alcune delle tutele previste.

# Quota A: ecco quanto costa davvero

Sono tanti i medici a pensare che l'importo della Quota A sia più alto del suo costo reale. Facciamo un esempio molto pratico. Mettiamo il caso di un medico che ha superato i 40 anni, dipendente, residente a Roma, che ha un reddito lordo superiore a 50mila euro. Deve versare all'Enpam 1.803,42 euro, risultanti da 1733,72 euro di Quota A e 69,70 euro di contributo maternità. Tuttavia, con la prossima dichiara-

zione dei redditi oltre il 47 per cento di questa cifra gli tornerà indietro (e recupererà oltre 850 euro). Questi numeri sono dati dalla restituzione (o dall'abbattimento) del 43 per cento di Irpef, del 3,33 per cento di addizionale regionale e dello 0,9 per cento di addizionale comunale. Dunque, il costo effettivo della Quota A nel caso specifico è di circa 950 euro. (Il calcolo preciso è:  $1.803,42 - 851,75 = 951,67$  euro). Un ragionamento valido

per la fascia di contribuzione più consistente visto che, come noto, dopo i 40 anni scatta la Quota A intera. Per chi invece è più giovane, l'importo della Quota A scende fino ad arrivare ai 128,87 euro annui per gli studenti che fin dal V e VI anno di università fanno la scelta oculata di iscriversi all'Enpam.

## TRANELLO

Proprio i medici dipendenti sono tra coloro che più sovente cadono nel tranello di considerare un costo effettivo della Quota A più alto di quello reale. La consuetudine di percepire uno stipendio il cui importo è già stato decurtato delle tasse, induce il

medico a pensare che i 1.803,42 euro di Quota A, magari pagati con il bollettino e quindi in un'unica soluzione, siano soldi netti. Ciò che va considerato però, è che di quella cifra potrà recuperarne quasi la metà nella dichiarazione dei redditi dell'anno successivo (salvo che non si dimentichi di presentarla).

### SE FOSSE IN BUSTA PAGA

Se, invece, il versamento della Quota A avvenisse direttamente con una trattenuta sullo stipendio, la percezione del costo tornerebbe più facil-

mente ad allinearsi a quello effettivo. In questo caso, la restituzione delle tasse avverrebbe immediatamente e dalla busta paga al medico verrebbero decurtati meno di 80 euro al mese per la contribuzione Enpam. Questo perché ci sarebbero 12 rate da 150,28 euro lordi, con il rimborso immediato da parte del datore di lavoro di 70,97 euro di imposte. L'impatto sarebbe certamente positivo anche per la percezione del valore della pensione. Un conto, infatti, è aver ben chiaro di aver pagato al massimo 80 euro al mese ricevendone alla fine più del doppio,

oltre ad aver beneficiato gratuitamente di tutele assistenziali e assicurazioni per tutta la vita professionale. Un altro conto è aver la percezione (sbagliata) di aver versato somme ben superiori, per giunta senza una contropartita adeguata da parte dell'Enpam.

**Ps: per conoscere con più precisione l'importo della propria pensione futura di Quota A è sufficiente andare nell'area riservata e fare un'ipotesi di pensione.**

## Cosa ti dà la Quota A

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <h3>MUTUI AGEVOLATI</h3> <p>Fino a 300mila euro a tasso fisso per acquistare la prima casa o lo studio professionale. I mutui sono studiati per i medici e gli odontoiatri fino a 40 anni di età. Condizioni di accesso agevolate che permettono la concessione anche a chi ha un reddito modesto.</p> | <h3>GENITORIALITÀ</h3> <p>Assegno di maternità di almeno 6.688 euro alle dottoresse che non hanno altre tutele. Bonus di 2.000 euro per le spese del primo anno di vita del bambino. Sussidio di maternità anche alle studentesse iscritte all'Enpam: 5.569 euro.</p>                              | <h3>CALAMITÀ NATURALI</h3> <p>Fino a 19.500 euro di aiuti a fondo perduto in caso di danni alla prima abitazione o allo studio professionale, ma anche a beni mobili come ad esempio automezzi, computer e attrezzature.</p>                                                                                                                                                                                                                          | <h3>INABILITÀ alla PROFESSIONE</h3> <p>Garanzia di poter contare su un reddito di 17mila euro all'anno minimo in caso di inabilità assoluta e permanente alla professione. Questa tutela riguarda tutti, senza requisiti minimi di anzianità contributiva.</p>                                                                                                                                                           | <h3>SUSSIDI</h3> <p>Aiuti a colleghi in situazioni economiche difficili (sussidio fino a circa 9.119 euro l'anno): il sussidio può scattare per interventi chirurgici, cure non a carico del Ssn, assistenza ad anziani, non autosufficienti, portatori di handicap, spese sostenute dal nucleo familiare per la malattia o il decesso dell'iscritto, spese funerarie, eventi imprevisti.</p>                                   |
| <h3>LTC (Long term care)</h3> <p>Assicurazione per il rischio di non autosufficienza che, in aggiunta alla pensione, ti darà un assegno di 1.200 euro al mese esentasse vita natural durante (se acquistata individualmente questa polizza da sola costerebbe circa 400 euro annui).</p>               | <h3>REVERSIBILITÀ</h3> <p>La pensione Enpam è reversibile ai familiari che ne hanno diritto, con percentuali maggiori rispetto al sistema Inps. Es: coniuge 70% della pensione invece del 60%. La pensione è cumulabile con altri redditi. Per gli orfani sono anche previste borse di studio.</p> | <h3>PENSIONE</h3> <p>Non solo assistenza: tutti i contributi di Quota A tornano indietro sotto forma di pensione (calcolo contributivo o migliore). Sai quanto riceverai? Entra nell'area riservata di <a href="http://www.enpam.it">www.enpam.it</a> e controlla la tua ipotesi di pensione di Quota A. Sai quanto hai versato nel corso della tua vita professionale? Controlla il tuo estratto conto contributivo, sempre nell'area riservata.</p> | <h3>PENSIONARSI PRIMA</h3> <p>Gli anni di Quota A valgono per andare in pensione con il sistema del cumulo gratuito (es: un dipendente che ha 3 anni di Quota A prima dell'assunzione e 35 anni di carriera in ospedale ha 3+35=38 anni di anzianità contributiva. Gli studenti che si iscrivono facoltativamente all'Enpam al 5° e 6° anno di università, hanno di fatto due anni di riscatto di laurea già pagato.</p> | <h3>COSTO REALE</h3> <p>La Quota A costa meno di quanto sembra. Esempio: medico che ha superato i 40 anni, residente a Roma, con oltre 50mila euro di reddito lordo; in apparenza versa 1.803,42 euro di Quota A ma nella dichiarazione dei redditi recupera poi quasi 851,75 euro (restituzione o abbattimento del 43% di Irpef, 3,33% di addizionale regionale e 0,9% di addizionale comunale). Costo reale: 951,67 euro.</p> |

## RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

- denunciare all'Ordine ogni esercizio abusivo della Professione Medica ed ogni fatto che leda il prestigio professionale;
- informare la Segreteria di ogni eventuale cambiamento di qualifica, di residenza e del conseguimento di specialità o docenze, esibendo il relativo attestato in competente bollo.

Prestanomismo

Si riporta per ulteriori reminescenza, l'Art. 8 della legge n. 1792, che così recita:

- Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione della professione per un periodo non inferiore ad un anno;
- Gli Ordini e i Collegi Professionali, ove costituiti, hanno facoltà di promuovere ispezioni, presso gli studi professionali, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni.



# Mmg e pediatri: al via la pensione part-time

L'APP-Anticipo della Prestazione Previdenziale **Enpam** è diventata operativa per i medici di famiglia e per i pediatri di libera scelta. I medici che hanno maturato i requisiti per la pensione potranno cioè scegliere di continuare a lavorare part time cominciando a percepire una pensione parziale dall'Enpam.

Il meccanismo consente infatti di ridurre l'impegno lavorativo fino al 70%, conservando il compenso da convenzionato per l'attività che si continuerà a svolgere, e ricevendo una pensione per la restante parte. Condizione perché ciò avvenga è che il medico anziano venga affiancato da un collega più giovane che si farà carico dell'attività lasciata scoperta, percependo la relativa retribuzione e ottenendo subito una convenzione a tempo indeterminato. L'APP è stata inventata dall'Enpam nel 2015 ma solo lo scorso mese è stata approvata definitivamente dai ministeri vigilanti. "Avevamo pensato l'App per incen-

tivare il ricambio generazionale negli studi medici – ricorda il presidente dell'Enpam **Alberto Oliveti** –, mentre ora può essere uno strumento concreto per fronteggiare la carenza di nuove leve. Speriamo che anche grazie a questa possibilità molti colleghi decidano di andare in pensione più tardi. Il numero di giovani titolari a entrare in convenzione è infatti largamente inferiore al numero dei pensionamenti previsti nei prossimi anni e milioni di cittadini rischiano di trovarsi senza un medico di propria scelta. Nel frattempo speriamo che lo Stato e le Regioni moltiplichino le borse di formazione in medicina generale e di specializzazione in pediatria". "C'è un tema anche salariale e di sostenibilità previdenziale: la cattiva programmazione nazionale, infatti, a causa dei troppi pensionamenti e dei pochi rimpiazzi rischia di portare alla cancellazione di posti di lavoro, con riduzione del monte compensi nel settore della medicina generale – aggiunge Oliveti–.

Questo significa che nei prossimi anni rischiano di entrare contributi previdenziali insufficienti per pagare le pensioni previste." I medici anziani interessati possono entrare nell'**area riservata del sito Enpam.it**, nella pagina Anticipo della Prestazione Previdenziale, per chiedere la **certificazione dei requisiti per la pensione**.

Questo documento andrà presentato alla propria azienda sanitaria insieme al modulo B predisposto dalla Sisac e disponibile **in questa pagina per i medici famiglia e in quest'altra pagina per i pediatri**. I giovani che intendono candidarsi per affiancare i colleghi, invece, devono compilare il modello C (Domanda di ammissione alla procedura di ricambio generazionale – APP), presente nelle stesse pagine del sito web della Sisac (**medici famiglia**) (**pediatri**).

In prima applicazione, sia i medici titolari sia i giovani medici che si candidano ad affiancarli, dovranno **inviare i moduli entro il 30 aprile 2023**.

## NORME COMPORTAMENTALI PER I MEDICI CHE EFFETTUANO SOSTITUZIONI

Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari d'ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei disagi dell'utenza.
- Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).
- Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.
- Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari -dichiarati- nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che interesse principale è anche evitare disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.

# Long Term Care: Milleduecento euro al mese per il 95% di medici e dentisti

È arrivata a quota 95,2 per cento la platea degli iscritti all'Enpam coperti dal rischio di perdita di autosufficienza. È uno dei vantaggi e tutele compresi nel pagamento della Quota A. Nello specifico, la copertura assicurativa long term care (Ltc) è offerta gratuitamente e automaticamente a medici e odontoiatri iscritti Enpam e garantisce in caso di non autosufficienza un assegno esentasse di 1.200 euro al mese in aggiunta alla pensione. Per tutta la vita e non per soli cinque anni come di norma prevedono le assicurazioni.

## UNA GARANZIA IN PIÙ

La tutela di base è garantita agli iscritti attivi e ai pensionati che al 1° agosto 2016 non avevano compiuto 70 anni di età. Inizialmente solo l'87,5 per cento dei medici e degli odontoiatri risultavano così coperti dalla polizza Ltc, ma con il passare del tempo questa percentuale è aumentata di oltre l'1% all'anno. Per gli iscritti che non sono rientrati nella copertura al 1° agosto 2016 invece, l'Enpam ha aumentato i limiti di reddito per accedere ai sussidi per le case di riposo e per l'assistenza domiciliare.

## ESTENSIONE FACOLTATIVA DELLA POLIZZA

Una garanzia ancora più solida si può ottenere con un versamento aggiuntivo, da fare entro il mese di maggio, per aumentare l'importo del vitalizio stabilito dalla polizza stipulata tramite Emapi (l'Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani). La copertura base da 1.200 euro al mese può quindi essere incrementata attraverso un versamento aggiuntivo, detraibile dalle tasse, che varia in funzione dell'età e dell'incremento che si vuole ottenere. Per chi è interessato, le opzioni sono due e prevedono un aumento della copertura base di 360 o 600 euro, che porteranno rispettivamente la rendita mensile a 1.560 o 1.800 euro.

L'adesione alla copertura aggiuntiva è subordinata alla compilazione, entro il mese di maggio di ogni anno, di un questionario sanitario e all'accettazione da parte dell'assicurazione. È possibile aderire direttamente dall'area riservata del sito Enpam (ulteriori informazioni si possono consultare qui). Il contributo aggiuntivo si può paga-

re, sempre entro il mese di maggio, con carta di credito oppure tramite bonifico bancario. In caso di rinnovo dall'anno precedente non è necessario compilare un nuovo questionario sullo stato di salute, ma solamente il modulo di rinnovo.

## QUANTO VALE LA POLIZZA GRATUITA

La polizza Ltc base compresa nella Quota A ha di per sé un valore di diverse centinaia di euro all'anno. Basti pensare che per aumentare facoltativamente l'assegno di non autosufficienza di 600 euro (per portarlo dai 1.200 euro garantiti da Enpam a 1.800 euro), ciascun assicurato è chiamato a versare annualmente tra i 153 e i 935 euro, secondo scaglioni stabiliti in base all'età.

## LTC – Long Term Care

Gli iscritti attivi sono coperti dal rischio non autosufficienza con un assegno di 1200 euro al mese (1035 per i casi di non autosufficienza che si sono verificati entro il 30 aprile 2019) da aggiungere alle tutele già previste dall'Enpam.

## DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA DI MEDICINA GENERALE PER INCARICHI DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO

La Corte Costituzionale ribadisce che l'art. 21 del D.Lgs. n. 368 del 1999 subordina l'attività di medico chirurgo di medicina generale nel Servizio sanitario nazionale al possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale, e l'art. 8, comma 1, lettera h), del D.Lgs. n. 502 del 1992, individua tale requisito quale principio a cui informare gli accordi collettivi nazionali per la disciplina del rapporto di convenzionamento. Pertanto, per l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato, anche nell'emergenza sanitaria territoriale, i suddetti accordi impongono il possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale, che è condizione necessaria per l'iscrizione nella graduatoria regionale utilizzata per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, nonché il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

# *Enpam, bilancio consuntivo 2022: patrimonio sale a 25,3 miliardi. Pagate prestazioni per 2,9 miliardi*

L'Assemblea nazionale dell'Enpam, l'Ente previdenziale di medici e odontoiatri, ha approvato il bilancio consuntivo per l'anno 2022 all'unanimità dei 170 iscritti al voto, con l'eccezione di 3 voti contrari. 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.

“Quest'andamento è per noi certamente il più significativo – sottolinea il presidente dell'ente previdenziale Alberto Olivetti – perché dimostra che l'Enpam sta governando la cosiddetta ‘gobba pensionistica’, cioè la crescita ampiamente prevista dei pensionamenti, che proprio in questi anni sta raggiungendo il suo picco. La categoria dei medici e degli odontoia-

tri, in autonomia, sta cioè garantendo la stabilità e la sostenibilità del proprio futuro. Resta la sfida per il Paese, che deve pensare a garantire un numero sufficiente di professionisti per prendersi cura di tutti i cittadini su tutto il territorio”.

I medici e dentisti in attività in Italia, e che dunque sono 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). Da notare inoltre che l'attuale livello del patrimonio dell'ente previdenziale 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. Rilevante, come ogni anno, lo sforzo che anche nel corso del 2022 l'Enpam ha fatto per stare a fianco dei propri iscritti in termini assistenziali. Innanzitutto sul fronte della genitorialità con 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. E tale è stato il successo di questa misura che l'Enpam ha sbloccato 1,2 milioni aggiuntivi per destinarli a 633 bimbi neonati che in un primo tempo erano rimasti esclusi dal beneficio.

Da rimarcare anche l'impegno legato alla Long term care, un'assicurazione per il rischio di non autosufficienza che, con un'indennità esentasse, si va ad aggiungere all'assegno pensionistico: un beneficio questo che è stato esteso ormai a quasi tutti i camici bianchi se si considera che tra iscritti attivi e pensionati, copre una platea del 95,2%. Ci sono poi i mutui agevolati Enpam riservati agli iscritti così come gli aiuti a fondo perduto in caso di calamità. E ancora i sostegni in caso di inabilità e quelli stanziati a favore dei colleghi in situazioni economiche difficili. Il tutto senza dimenticare i sussidi erogati per i camici bianchi che purtroppo hanno dovuto ancora fare i conti con il contagio da Covid 19.

Il bilancio 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.



# L'investimento dei professionisti rende il 4,5 per cento l'anno

La partecipazione all'azionariato di Banca d'Italia porta anche quest'anno un rendimento del 4,5 per cento alle casse Adepp.

A dieci anni dalla riforma della disciplina del capitale dell'istituto, le 11 Casse private possiedono il 25,3 per cento del capitale dell'Istituto di via Nazionale. Capofila l'Enpam, che insieme a Inarcassa e Cassa Forense ne detiene il 4,93 per cento.

È quanto emerge dalla 129esima assemblea degli azionisti di Banca d'Italia, che si è svolta venerdì scorso a Roma nella sede dell'Istituto.

Un incontro al termine del quale è stato approvato il bilancio 2022, che si è chiuso con un utile netto di 2,056 milioni che verrà in parte distribuito tramite un dividendo di importo uguale a quello corrisposto negli ultimi anni, pari a 340 milioni, ossia il 4,5 per cento del capitale.

Per i medici e i dentisti questo comporta un dividendo di 16,76 milioni di euro lordi (12,4 milioni netti) che entrano nelle casse dell'Enpam per garantire le pensioni della categoria. Il vicepresidente dell'Adepp, Giuseppe Santoro, ha espresso "a nome di tutte le Casse associate all'Adepp, l'apprezzamento per il bilancio dell'esercizio 2022".

Per il presidente dell'ente di previdenza di ingegneri e architetti, infatti, "anche in un contesto caratterizzato dal diverso orientamento di politica monetaria assunto in corso d'anno", Bankitalia "ha conseguito positive risultanze reddituali, che consentono il proseguimento dell'azione di rafforzamento patrimoniale e la previsione, nel solco di quanto fatto negli anni passati, di un dividendo che giudichiamo congruo".

## LE CASSE ADEPP PARTECIPANTI AL CAPITALE DI BANCA D'ITALIA

|                                                        |       |
|--------------------------------------------------------|-------|
| FONDAZIONE ENPAM – Medici e odontoiatri                | 4,93% |
| INARCASSA – Ingegneri e architetti                     | 4,93% |
| CASSA FORENSE – Avvocati                               | 4,93% |
| CNPADC – Commercialisti                                | 3,66% |
| FONDAZIONE ENPAIA – Addetti e impiegati in agricoltura | 2,76% |
| EPPI – Periti industriali e laureati                   | 1,33% |
| ENPACL – Consulenti del lavoro                         | 1,2%  |
| CNPR – Ragionieri e periti commerciali                 | 0,70% |
| ENPAPI – Infermieri                                    | 0,53% |
| ENPAB – Biologi                                        | 0,20% |
| ENPAP – Psicologi                                      | 0,13% |



Roma 11/02/2023 Palazzo Koch Banca d'Italia (Foto: ©Tania Cristofari)



