

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

Le Cure Palliative (parte seconda)	pag. 15
ECM Proroga	pag. 23
Quanto sono "bianchi" i Codici bianchi?	pag. 27
I medici in Europa	pag. 36
La nuova legge R.C. professionale	pag. 50

1

**MARZO
2017**

Socio del Club UN VANTAGGIO CHE VALE

...e con l'iscrizione
tanti **Regali**

in omaggio



**Polizza Tutela Legale
Legal Service**

Un servizio di assistenza legale inerente la responsabilità medica civile e penale nel settore della gestione dei sinistri

in omaggio



Quotidiani e periodici

6.000 testate nazionali e internazionali



E-book download

oltre 25.000 e-book da leggere ogni giorno
e scaricare direttamente sul tablet

...inoltre

Bonus Viaggi

€100



**da oltre 20 anni al vostro fianco per ogni esigenza
in più** sostieni il progetto delle biblioteche in ospedale

i s c r i v i t i

QUOTA BASE

valida per 365 giorni

€ 100

IN OMAGGIO

- polizza di tutela legale
- legal service
- bonus viaggi di 100 euro

QUOTA SOSTENITORE

valida per 365 giorni

€ 144

IN OMAGGIO

- edicola e biblioteca digitale
- polizza di tutela legale
- legal service
- bonus viaggi di 100 euro

€ 228

IN OMAGGIO

- edicola e biblioteca digitale
- polizza di tutela legale
- legal service
- paspartù - assistente personale
- bonus viaggi di 100 euro

modalità di versamento

- **On line** collegandosi all'indirizzo www.clubmedici.it/nuovo/ecommod_iscrizione.php, compilando il form
- **Carta di credito**, (CartaSi, Visa, Mastercard) comunicando gli estremi (titolare, numero e scadenza carta) alla Segreteria N° verde 800.89.39.88
- **Bonifico bancario**, accreditando l'importo prescelto sul C/C intestato a "Club Medici Service" Banca Monte dei Paschi di Siena - Ag. Roma 40 (IBAN: IT34S0103003240000000180017)

 **ClubMedici®**

Club Medici Nordest Srl - Via degli Scrovegni, 2a - 35131 Padova
dal lunedì al venerdì (9-19) • tel.: 049.8753577 mail: nordest@clubmedici.org

N. Verde Club Medici
800.893.988

associati ora www.clubmedici.it

SOMMARIO

EDITORIALE

5 *Tecnologia...!*

NOTIZIE DALL'ORDINE

6 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

9 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

LETTERE AL DIRETTORE

11 *Nuova Polizza Assicurativa
R.C. Professionale della Regione Veneto*

12 *Cure alternative*

CONVEGNI E CONGRESSI

14 *Convegni e Congressi*

AGGIORNAMENTO

15 *Le Cure Palliative (seconda parte)*

PROFESSIONE E LEGGE

21 *Privacy del trattamento dei dati: 4 Maggio 2016
Pubblicato in Gazzetta Europa il Nuovo Regolamento Europeo*

23 *ECM: proroga per chi ha totalizzato almeno 75 crediti*

24 *Dotarsi di credenziali: il primo impatto del giovane
neolaureato con la burocrazia*

25 *Legge di Bilancio 2017 e Decreto Legge 193/2016
collegato. Principali novità*

26 *Dimagranti: al bando 40 principi attivi se usati
in preparazioni galeniche*

ATTUALITÀ

27 *Quanto sono "bianchi" i Codici bianchi?*

31 *La UOC di otorinolaringoiatria ed i Medici di famiglia
insieme per la tutela della salute dei veronesi*

33 *Infermieri, Algoritmi e Robot al posto dei medici?*

34 *Storia dei registri tumori*

36 *I medici in Europa.
Formazione, lavoro e carriera.
L'Italia non esce molto bene dal confronto.*

STORIA DELLA MEDICINA

44 *La Teratologia nella storia tra meraviglioso,
mostruoso e scienza medica*

46 *Ricordo delle "Giornate Psichiatriche di Folgaria"*

FNOMCeO

49 *Medicina Generale, Fnomceo: la programmazione
parta da numeri reali*

50 *La nuova legge sulla responsabilità professionale*

SINDACATI MEDICI

52 *Il Nuovo Consiglio Provinciale FIMMG*

52 *FIMMG Verona - Eletto il Nuovo Esecutivo Provinciale*

GIOVANI E PROFESSIONI

53 *S.O.S. - Sostituzioni*

TEMPO LIBERO

55 *Chi cerca... trova*

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR
**NUOVO ORARIO DI APERTURA
DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE
(dal 10/01/2017)**

Lunedì	dalle ore	9,00	alle ore	13,00
Martedì	dalle ore	13,00	alle ore	17,00
Mercoledì	dalle ore	9,00	alle ore	13,00
Giovedì	dalle ore	13,00	alle ore	17,00
Venerdì	dalle ore	9,00	alle ore	13,00

Sabato chiuso

VERONA MEDICA

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

Anno LII n. 1 MARZO 2017

Sped. in a.p. - 70% - Filiale di Verona
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

Direttore Responsabile

Roberto Mora

Comitato di Redazione

Renzo Bassi, Francesco Bovolin, Giuseppe Costa,
Carlo Marchi, Roberto Mora, Alberto Peroni,
Carlo Matteo Peruzzini, Gelmino Tosi

Consiglio Direttivo

Presidente: Roberto Mora
Vice-Presidente: Carlo Rugiu
Segretario: Lucio Cordioli
Tesoriere: Fabio Marchioretto

Consiglieri

Giorgio Accordini, Francesco Bovolin, Vania Teresa Braga,
Giorgio Carrara, Franco Di Spigno, Fabio Facincani, Roberto Fostini,
Alfredo Guglielmi, Annamaria Molino, Annamaria Musso, Francesco Oreglia,
Carlo Matteo Peruzzini, Claudio Salvatore,

Revisori dei Conti

Giuseppe Costa, Caterina Pastori, Francesco Spangaro

Revisore dei Conti Supplente

Vinicio Danzi

Commissione Odontoiatri

Elena Boscagin, Francesco Bovolin, Francesco Oreglia,
Roberto Pace, Franco Zattoni

Fotocomposizione Videoimpaginazione e stampa

Girardi Print Factory
Via Maestri del Lavoro, 2 - 37045 Z.I. Legnago (Vr)
tel. 0442 600401
e-mail: info@girardiprintfactory.it

Foto di Copertina

Roberto Mora
- Primavera -

INSERZIONI PUBBLICITARIE SUL BOLLETTINO

SPAZIO	1 USCITA	2 USCITE	4 USCITE
1/4 pagina interna (bianco e nero)	€ 150,00	€ 200,00 (totali)	€ 250,00 (totali)
1/2 pagina interna (bianco e nero)	€ 400,00	€ 300,00 (per uscita)	€ 250,00 (per uscita)
1 pagina interna (bianco e nero)	€ 500,00	€ 400,00 (per uscita)	€ 350,00 (per uscita)
2ª e 3ª pagina di copertina (a colori)	€ 800,00	€ 600,00 (per uscita)	€ 500,00 (per uscita)
4ª pagina di copertina (a colori)	€ 1000,00	€ 800,00 (per uscita)	€ 600,00 (per uscita)

Tecnologia... !

Una settimana fa, a Cortina, gli Ordini del Triveneto, hanno discusso di "Privacy e tutela dei dati in sanità". Nella tavola rotonda che inaugurava il convegno, si è parlato anche dell'Ospedale di Nola. Del fatto che là qualcuno aveva documentato, riprendendolo col telefonino, l'affanno dei medici del Pronto Soccorso, costretti a soccorrere i pazienti adagiati per terra, perché anche le barelle a disposizione erano finite.

E si è discusso se quelle riprese, poi postate su Facebook e su altri social media, rispettassero o meno il criterio della privacy di medici e malati.

Da una parte, il diritto alla "riservatezza", dall'altra quello del cittadino che, secondo i più, aveva il diritto (per qualcuno anche il dovere) di documentare le inefficienze del sistema per poterle denunciare.

Si è discusso, dunque, quale fosse in tal caso il "diritto predominante", se quello del singolo o quello della maggioranza, nell'interesse della quale quelle riprese erano state effettuate.

Il Dottor Nordio, Procuratore Aggiunto a Venezia, ci confessava che quanto viaggia sul web, per quanto protetto e criptato, è (a detta della polizia postale) comunque attaccabile, e ci faceva notare che certe mode della "telemedicina" rappresentano non solo rischi e minacce alla privacy, ma, in certi casi, un vero e proprio reato penale.

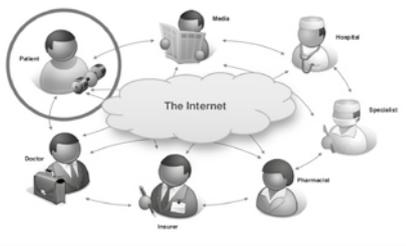


Ci citava l'esempio delle immagini delle parti "intime" della figlia, che una madre aveva inviato, per consultarlo, al proprio ginecologo, via WhatsApp. Dimenticando, o forse non conoscendo

la legge che classifica quelle immagini, perché appartenenti ad un minore, come materiale pedo-pornografico.

Insomma, una bella discussione, sui vantaggi e sui rischi di un sistema di comunicazione che permette da una parte di raccogliere ed inviare dati standosene comodamente seduti a casa, ed i rischi che poi quei dati, privati e "sensibili", finiscano preda di chi vuol rubarli per poterli utilizzare a fini commerciali o di altro genere.

Si è parlato, ovviamente, di Fascicolo Sanitario Elettronico, e si sono confrontati progetti ed esperienze già attivate.



Interessante quella della provincia di Trento dove i pazienti sono già in grado, col telefonino, di prenotare le visite in ospedale, scaricare indagini e referti, scaricare la ricetta del proprio medico di famiglia, esibirla in farmacia e ritirare il farmaco senza più passare nello studio del medico. Ma anche, attraverso una apposita "app" registrarsi le glicemie, inviarle al centro anti-diabetico e ricevere, sempre sul telefonino, i suggerimenti e le prescrizioni del diabetologo.

Per chi pensava che a utilizzare la nuova tecnologia fossero solo quelli più giovani e quindi già tecnologicamente più "esperti", la sorpresa dei dati di utilizzo che mostrano che la maggior parte delle prestazioni è in carico a pazienti anziani cui si è però concesso di usare l'abilità tecnologica di figli e parenti per accedere al mondo informatico.

Con un bel risparmio di tempo e con

tanta comodità in più, pensando che nel trentino, specie nelle zone di montagna, la viabilità non è sempre delle migliori.

Un quadro, quello emerso dall'incontro, che ci ha fatto capire quanto, nei prossimi anni, cambierà il nostro modo di lavorare e rapportarci con i pazienti. Quanto più tempo dovremo passare davanti allo schermo del computer, e quanto meno (forse) avremo a disposizione per guardare negli occhi chi ci sta davanti.

Nel dicembre 2012 il NEJM pubblicava un articolo a titolo "electrons on flight – e-mail between doctors and patients", ma anche molto prima, nel 2004, il BMJ pubblicava un editoriale intitolato "The first generation of e-patients".

Vi si parlava, manco a dirlo, proprio di questo.

Dell'uso di internet per cercare informazioni sanitarie e della posta elettronica per scambiare messaggi tra medici e pazienti.

L'editoriale del BMJ riportava che alla domanda di quali vantaggi avessero trovato sul web, gli e-patients rispondevano: "better health information and services, and different (but not always better) relationships with their doctors." e l'articolo del NEJM ricordava come all'inizio del secolo scorso l'invenzione del telefono avesse messo in crisi i nostri colleghi di allora, quando si accorsero che il telefono poteva essere usato non solo per chiamarli, ma anche per consultarli a distanza.

Oggi il telefonino è uno strumento di uso quotidiano, un mezzo cui nessuno può più rinunciare.

I nostri figli, imparano ad usarlo ancora prima di leggere e scrivere.

Chi pensa che il futuro della nostra professione possa ignorare le nuove tecnologie di comunicazione, commetterebbe un grosso errore.

Dobbiamo essere consapevoli che tra le tante sfide che dovremo affrontare c'è anche questa.

Dovremo imparare ad usare e sfruttare le nuove tecnologie di comunicazione e pretendere un web più sicuro.

Ma anche riuscire a mantenere, con i nostri pazienti, un rapporto confidenziale, dove incontrarsi fisicamente e **guardarsi** negli occhi sia un valore aggiunto e non una perdita di tempo.

ROBERTO MORA

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO
DEL 25 OTTOBRE 2016**

Consiglieri Presenti: Mora, Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Accordini, Fostini, Molino, Salvatore, Bovolin, Braga, Di Spigno, Guglielmi, Oreglia.

Revisori dei Conti: Costa, Danzi.

Assenti Giustificati: Carrara Facincani, Musso, Peruzzini, Spangaro.

Partecipa alla riunione del Consiglio il Revisore Contabile Cerioni, la segretaria Rosanna Maffioli e l'Avvocato Gobbi.

Il Presidente, constatata la presenza del numero legale, alle ore 20,15 dichiara aperta la seduta.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE

Il verbale del 6 settembre 2016 viene approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Le delibere amministrative vengono illustrate dal Revisore Contabile e approvate all'unanimità e faranno parte integrante del presente verbale

SI DELIBERA

di liquidare le sotto elencate somme imputandole ai vari capitoli di bilancio anno 2016.

3) COMUNICAZIONI

a) FNOMCEO protocollo d'Intesa con Consiglio Nazionale Forense

Il Presidente informa che il 14 settembre è stato firmato tra la FNOMCEO e il CNF (Consiglio Nazionale Forense) il Protocollo d'Intesa finalizzato alla collabora-

zione tra le due Professioni, medica e forense, lavorando per un comune progetto, per la massima tutela dei diritti fondamentali dei cittadini, della salute e della difesa. Il Protocollo d'Intesa intende promuovere la corretta informazione sui principi e valori delle due Professioni attraverso iniziative condivise, per contribuire allo sviluppo di una comune cultura. La collaborazione è fondata sull'impegno a cooperare con invio e scambio di segnalazioni riguardanti disfunzioni e distorsioni in materia di tutela della salute e della difesa, con la promozione di programmi di formazione continua, con la organizzazione di eventi su temi di comune interesse.

Il Presidente illustra le finalità di **OBIETTIVO IPOCRATE** associazione costituita nel Veneto ed ora divulgato ad altre Regioni. Questa associazione ha come scopo quello di occuparsi della responsabilità professionale in campo medico, cercando di formulare un apporto costruttivo alla soluzione di problematiche riguardanti la salute e la responsabilità professionale del medico.

b) Federazione Regionale

Il Presidente comunica che, in occasione di un incontro con i colleghi del Triveneto svoltosi a Mestre nel mese di giugno, è stato concordato di programmare un convegno che tratti le problematiche riguardanti il fascicolo elettronico e le problematiche connesse con l'evoluzione digitale della sanità.

Si è deciso di scegliere la sede di Cortina ove parteciperanno i Presidenti del Veneto del Friuli e di Trento e Bolzano. Fa presente che sono emerse varie perplessità sulla durata del convegno, inizialmente programmato per una 1 settimana, perplessità condivise da altri ordini riducendone la durata a 3 giornate. Il dr. Mora chiede che possa parteciparvi oltre a lui in quanto relatore al convegno, anche il dr. Peruzzini con il costo a carico dell'Ordine.

Il consiglio dopo un'ampia discussione ha ritenuto che a tale incontro debba parteciparvi il solo Presidente.

c) Il presidente ringrazia tutti i consi-

glieri per averlo supportato nella manifestazione della **Giornata del Medico**

d) Il Presidente relaziona sulla situazione ENPAM,

alla luce di quanto apparso anche sulla stampa ed in relazione alle vicende di ENPAM SICURA. Spiega che ENPAM SICURA era una delle controllate ENPAM, istituita per realizzare quanto previsto ed approvato dalla Assemblea ENPAM relativamente al progetto Quadrifoglio. La controllata avrebbe dovuto occuparsi anzitutto di portare al suo interno la polizza prima trenta giorni di malattia dei medici di famiglia. Tale polizza ha un costo di 20 milioni di Euro e paga danni per circa 12 milioni di euro realizzando un guadagno per l'ente assicuratore di circa 8 milioni euro. La manovra di acquisizione avrebbe dunque realizzato un utile per ENPAM, ma l'opposizione di Generali Italia dapprima e la bocciatura del progetto di acquisizione da parte dei Ministeri vigilanti ha bloccato l'acquisizione della polizza assicurativa e generato un deficit di bilancio in ENPAM SICURA, aggravato, questo, anche dal fatto che si era provveduto comunque ad acquisire il personale utile al funzionamento della controllata. La vicenda ed il conseguente deficit ha prodotto l'abbandono del progetto, ma anche uno scontro all'interno del CDA ENPAM, generando anche una serie di denunce che potrebbero avere un seguito giudiziario. Il presidente riferisce anche su quanto apparso su stampa e relativo ai compensi percepiti dai componenti del CDA ENPAM e delle sue controllate ENPAM SICURA ed ENPAM REAL ESTATE, riferendo che nella realtà, se da una parte le indennità di carica sono conosciute perché deliberate dall'Assemblea ENPAM, il percepito dai singoli componenti i vari CDA non è al momento noto perché alle indennità di carica vanno a sommarsi i gettoni di presenza.

e) Il Presidente ha illustrato le finalità di "Medical Humanities" che si propone di affrontare questioni di etica clinica, bioetica e politica sanitaria.

Particolare rilievo è dato ai *Casi clinici*, presentati attraverso forme diverse di narrazione e di analisi, a dimostrare la molteplicità degli sguardi che possono essere portati sul paziente e sulla sua storia. Un *Caso aperto* è regolarmente offerto ai lettori per una loro presa di posizione. Spazio alle risposte e ai commenti dei lettori è pure dato nella sezione *Repliche e approfondimenti*.

Si intende effettuare sulle Medical Humanities una serie di percorsi formativi, si auspica che all'iniziativa si agganci anche l'Università, sono stati incaricati il Dott. Bonadonna, il Prof. Vettore ed il Dr. Alberton di seguire questo percorso. Il Dr. Carrara ed il Dr. Fostini componenti del comitato di Bioetica, hanno chiesto l'autorizzazione al Consiglio di concedere le chiavi della sede al Prof. Vettore e al Dott. Bonadonna, tale proposta viene approvata.

- f) Il Presidente informa che la sera del 15 novembre alle ore 20.00 nella sede dell'Ordine è programmato l'incontro con i **Sindacati Medici**.

3 Bis) RINNOVO CONTRATTO DIPENDENTE:

- a) Viene rinnovato il contratto semestrale a tempo determinato alla sig.ra Elisabetta Costerman, il consiglio approva.
- b) **Pensionamento** per dimissioni volontarie in data 01/12/2016 della dipendente sig.ra Sabrina Zumiani. Il Presidente e tutto il Consiglio esprimono la loro gratitudine per quanto la sig.ra Sabrina Zumiani, ha dato all'Ordine negli anni di servizio.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGHI

Prime iscrizioni:

8892 Dott.ssa BERTASI Anna Maria

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

8893 Dott. MEGLIO Mario

8894 Dott.ssa DE FELICE Mariangela

8895 Dott.ssa QUERZOLI Giulia

8896 Dott. BIANCHETTI Mario
Emanuele Carlo

8897 Dott.ssa SARTORI Letizia

8898 Dott.ssa PASETTO Trysa

8899 Dott. FORLIVESI Stefano

8900 Dott.ssa MESSINA Martina

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. TALAMINI Giorgio

Cancellazioni su richiesta:

Dott. TONELATO Vittorio

Dott. ZARATTINI Alessandro

Dott. LUPIA Vincenzo

Dott. PUIGUIAN Renè Maurice

Dott. DE ROSSI Luigi

Dott. TRITTONI Giampaolo

Cancellazioni per decesso:

Dott. TOGNETTI Gian Paolo

Dott. PIGATO Luigi

Dott.ssa TROMBETTA Egina

ODONTOIATRI

Prime Iscrizioni:

1346 Dott.ssa FANINI Marta

1347 Dott. LONGO Riccardo

1348 Dott.ssa GALIOTTO Francesca

1349 Dott.ssa SQUARANTI Camilla

1350 Dott. ALESSIO Enrico

1351 Dott. DAMINI Riccardo

5) VARIE ED EVENTUALI

Elogio al Dr. Bovolín per il Convegno Nazionale Cao del 23 settembre 2016. Prossima iniziativa Convegno Cao **"Bifosfonati e rischio di osteonecrosi dei mascellari"** che si terrà il giorno 2 Dicembre 2016 alle ore 8.30 all'Aula Magna Giorgio De Sandre Policlinico di Borgo Roma Verona

Il Presidente comunica che alla prossima seduta di Consiglio, la sera del 6 dicembre 2016 presso il ristorante Cavour sito a Dossobuono - ore 19.30 si terrà il Consiglio, a seguire cena Sociale.

PRIMA DI PROCEDERE ALLE RELAZIONI ISTRUTTORIE, ESCONO DALLA SALA I CONSIGLIERI ODONTOIATRI, I REVISORI DEI CONTI, IL REVISORE CONTABILE E LA SEGRETARIA ROSANNA MAFFIOLI E L'AVVOCATO DONATELLA GOBBI

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

n. 3 archiviazioni provvedimenti

n. 2 provvedimenti disciplinari

n. 1 supplemento

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 6 DICEMBRE 2016

Consiglieri presenti: Mora, Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Accordini, Fostini, Molino, Bovolín, Braga, Di Spigno, Guglielmi, Oreglia, Peruzzini, Facincani, Carrara.

Revisori dei Conti: Costa, Danzi, Pastori.

Assenti Giustificati: Musso, Spangaro.

Partecipa alla riunione del Consiglio il Revisore Contabile Cerioni, la segretaria Rosanna Maffioli e l'Avvocato Gobbi.

Il Presidente, constatata la presenza del numero legale, alle ore 19.30 dichiara aperta la seduta.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE

Il verbale del 25 OTTOBRE 2016 viene approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Le delibere amministrative vengono illustrate dal Revisore Contabile e approvate all'unanimità e faranno parte integrante del presente verbale

SI DELIBERA

a) di liquidare le sotto elencate somme imputandole ai vari capitoli di bilancio anno 2016.

b) Il rinnovo del contratto quale revisore dei conti a Cerioni Giorgio Pier Paolo, riferimento delibera di consiglio del 09/09/2016 con decorrenza dall'01/01/2017 al 31/12/2017.

Considerato l'impegno prestato nel corso dell'anno viene riconosciuto allo stesso, un compenso una tantum di euro 5.000.00.

La presente delibera unitamente alla copia dell'accordo sottoscritto fra le parti sarà protocollata e farà parte integrante del presente verbale.

3) COMUNICAZIONI

a) La dipendente Maria Sabrina Zumiani in data 30/11/2016 ha cessato il suo rapporto di lavoro per raggiunti requisiti di legge per il pensionamento, ed alla stessa è stato erogato il trattamento di fine rapporto euro 70.000.00 attingendo dal fondo assicurativo a

suo tempo stipulato con le assicurazioni Generali.

Un plauso e ringraziamento da parte di tutto il consiglio per l'opera prestata.

- b) In merito al programmato convegno di Cortina il consiglio decide che solo il presidente Dr. Mora vi partecipi versando Euro 500 come quota di partecipazione.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

Prime iscrizioni:

8901 Dott. CARBOGNIN Silvio
8902 Dott.ssa MARIN SANCHEZ Maria Del Pilar

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

8903 Dott.ssa DE SIMONE Micaela
8904 Dott.ssa AZZARONE Carlotta
8905 Dott.ssa ESPOSITO Zaira

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. PANTALONE Fabio

Cancellazioni su richiesta:

Dott. PIZZOLI Antonio
Dott. AVESANI Raffaello

Cancellazioni per decesso:

Dott. PATTI Antonino
Dott. COMUNALE Luigi
Dott. FUSI Flavio

ODONTOIATRI

Prime Iscrizioni:

1352 Dott.ssa MORETTI Roberta
1353 Dott.ssa SALANDINI Anna
1354 Dott.ssa FERRARI Francesca
1355 Dott. ZANGANI Alessandro
1356 Dott. VISENTINI Michel
1357 Dott. MONTRESOR Luca
1358 Dott. BONOMO Riccardo
Approvate all'unanimità

5) VARIE ED EVENTUALI

- a) Il Dott. Bovolin richiama quanto deliberato in data 13.10.2015 in merito alla costituzione di parte civile nei confronti di non iscritti che esercitano abusivamente la professione. Il consiglio ne aveva semplicemente preso atto.

Con la presente propone **un'er-rata corrige** alla delibera sopra citata chiedendo di autorizzare la commissione odontoiatri alla costituzione di parte civile ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità. Il consiglio approva.

- b) Il Presidente illustra brevemente la Polizza di assicurazione proposta da OBIETTIVO IPPOCRATE per responsabilità professionale. Comunica che la Regione Veneto propone una polizza tagliata su misura che comprenderà 4 coperture assicurative:
Responsabilità civile professionale per colpa grave –
tutela legale –
R.C. professionale estensione di garanzia per colpa lieve –
responsabilità amministrativa e contabile.
- c) Il dr Mora fa presente di aver partecipato alla riunione all'ENPAM nel corso della quale è stato approvato il bilancio preventivo per l'anno 2017. Verona ha espresso voto favorevole.

Non ci sono relazioni istruttorie.

✓ **OBBLIGO PER TUTTI GLI ISCRITTI DI DOTARSI DI PEC**

(posta elettronica certificata)

Ricordiamo a **TUTTI** i colleghi che è necessario produrre il proprio indirizzo PEC all'Ordine; chi non ne fosse ancora provvisto, è invitato a generarne uno mediante l'area riservata sul sito dell'Ordine, seguendo le istruzioni indicate.

Il Decreto 19 marzo 2013 stabilisce infatti che gli Ordini si fanno garanti dell'accREDITAMENTO di tutti i professionisti, e trasmettono i loro indirizzi PEC all'Indice Nazionale INI-PEC (l'Ordine dei Medici e Odontoiatri attraverso la FNOMCeO).

È pertanto necessario provvedere quanto prima, poiché un atteggiamento omissivo in tal senso è da considerarsi palese violazione di Legge.

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DELL'8 NOVEMBRE 2016

Presenti: Boscagin, Bovolín, Oreglia, Pace, Zattoni.

Lettura e approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

- 1) Progetto prevenzione osteonecrosi: il Presidente informa i presenti che si svolgerà il prossimo 11 novembre prossimo un convegno che avrà come argomento "progetto di prevenzione delle osteonecrosi delle ossa mascellari associate a farmaci". Evento organizzato dalla Federazione in collaborazione con ANDI.
- 2) Il presidente informa i presenti di aver ricevuto da parte del Dott. Giuseppe Renzo copia di una sentenza della Corte di appello di Firenze (n. 2196/2016) che stabilisce che non è sufficiente la competenza professionale per legittimare l'esercizio della professione ma vi è l'obbligo di iscrizione al relativo specifico Albo.
- 3) Il Presidente informa che sarà presente alla cerimonia della Giornata del Medico di Venezia che si svolgerà il prossimo 26 novembre.
- 4) Il Presidente riferisce di una lettera a firma Dott. Renzo proposta di legge n. 993/2016 – disciplina della professione sanitaria di odontotecnico. Viene aperto un ampio dibattito in special modo sull'art. 5 che viene ritenuto estremamente non condivisibile. Un Comunicato stampa divulgato dalla CAO nazionale esprime forte dissenso a questa proposta di legge.
- 5) Caso DD: il Presidente ripercorre il caso e da lettura della lettera di

diffida invia a DD. Il Dott. HH ha subito risposto dicendo di essere l'unico referente dell'azienda e che sarà disposto ad adeguarsi a quanto suggerito dalla CAO. La CAO decide di non dar luogo a procedere.

- 6) Caso WW: perviene all'ordine una brochure pubblicizzante l'attività di questa struttura situata a Villafranca di Verona. Dalla lettura si evincono dei problemi di informazione a discapito del cittadino. Viene deciso di inviare una segnalazione scrivere all'autorità garante della concorrenza e del mercato.

IL PRESIDENTE
FRANCESCO BOVOLIN

LA SEGRETARIA
ELENA BOSCAGIN

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 13 DICEMBRE 2016

Presenti: Boscagin, Bovolín, Oreglia, Pace, Zattoni.

Lettura ed approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

- 1) Prelievo venoso. Il Presidente riferisce la risposta che la Federazione, a seguito di numerosi quesiti posti da diversi Ordini, ha dato. L'ufficio legale ritiene che l'Odontoiatra può effettuare il prelievo venoso ai propri pazienti solo per attività cliniche di competenza delle professioni odontoiatriche.
- 2) Le 4 priorità dell'odontoiatria – il Presidente riferisce di questa circolare e del documento di sintesi presentato da parte del Dott. Renzo al Presidente del Consiglio.

- 3) Rapporto contrattuale tra odontotecnico e paziente. Il Presidente informa che la Federazione ha inviato una sentenza della Corte di Cassazione che chiarisce il rapporto tra odontotecnico e paziente. Sancisce quindi che tra le due parti non vi deve essere alcun tipo di rapporto diretto.
- 4) Questione "Tabacchino": il Presidente riferisce dell'iniziativa che riguarda uno studio odontoiatrico romano che ha messo in vendita presso i tabacchini i voucher per cure odontoiatriche. La Federazione ha divulgato una comunicazione a tal riguardo.
- 5) Caso Care Dental. Il Presidente ripercorre il caso e informa di aver inviato Segnalazione all'autorità garante della concorrenza e del mercato. Il Presidente riferisce che è possibile inoltrarla direttamente on line sul sito dell'AGCM con pochi e semplici passaggi.
- 6) Un collega pone il quesito che un suo paziente liceale chiede se può praticare uno stage presso il suo studio. Si decide di prendere informazioni sul progetto scuola/lavoro.
- 7) Due colleghe riferiscono che l'agenzia delle entrate ha loro chiesto l'elenco dei pazienti a seguito di un accertamento; le colleghe chiedono alla Commissione se tale richiesta possa essere evasa. È parere di questa CAO che le schede pazienti intese come dati anagrafici e contenenti dati di tipo amministrativo possano essere date a tale ente, le cartelle cliniche invece contenenti dati sensibili riguardanti i piani di cura e le prestazioni effettuate non possano essere consegnate. È lecito poi, sempre su consenso del paziente, l'invio telematico dei dati di fattura tramite il sistema TS.

Relazioni istruttorie

- 1) Dott. WWW: il Presidente ripercorre il caso relativo al Sanitario (sospeso per 1 anno per prestanomismo) e poi riconvocato per fatti avvenuti in provincia di Bolzano (per prestanomismo) per i quali il Sanitario è stato condannato a mesi due e 20 giorni di reclusione, pena sospesa. Invitato a colloquio il Sanitario per essere sentito per i

ALBO ODONTOIATRI

fatti di Bolzano riferisce di non essere a conoscenza della sentenza comminatagli. Viene deciso di aprire il procedimento disciplinare in capo al Dott. WWW.

- 2) Dott. Y/H: il Presidente informa di aver sentito quale testimone la Dott.ssa Orcelli Paola e riferisce il colloquio avvenuto. La CAO ha riesaminato il caso decidendo che dai documenti di accusa dell'Avv. e dalle controdeduzioni pre-

sentate sia dal dott. H sia dalla proprietà della clinica J, sembrano emergere fatti deontologicamente scorretti e pertanto passibili di procedimento disciplinare che sarà approfondito e successivamente sviluppato.

- 3) Dott. KK. Il Dott. K ha chiesto un colloquio con il Presidente per esporre un problema un problema che ha con il Dott. XX. Si resta in attesa di una eventuale lettera per

sostenere la sua tesi dell'illegalità del Dott. X.

Procedimenti disciplinari

Dott. QQ: viene ripercorso il caso risalente al 2009. L'avvocato del Dott. Q in data 29/11/2016 riferisce che la corte d'Appello di Venezia ha assolto il Dott. Q per non aver commesso il fatto. Questa CAO, per le future decisioni disciplinari, resta in attesa di avere copia della sentenza.

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 l personale dipendente.

Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

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

CONSULENZA ASSICURATIVA (Avv. Giuseppina MARITATO)

La consulenza va concordata con la Consulente al n. tel. 340 6850550

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

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Verona ha stipulato una convenzione con "Aruba", riservata agli Iscritti, per l'attivazione gratuita della **Posta Elettronica Certificata (PEC)**, mediante registrazione nell'area riservata del sito dell'Ordine: **www.omceovr.it**

Le sig.re Virna Giampieri e Rosanna Maffioli sono a disposizione dei Medici ai numeri telefonici 045 8006112 e 045 596745 per le indicazioni operative che si rendessero necessarie.

Nuova Polizza Assicurativa R.C. Professionale della Regione Veneto

Una nuova Polizza Assicurativa R.C. Professionale e Tutela Legale nata dalla ricerca di mercato indetta dalla Regione Veneto su iniziativa di Obiettivo Ippocrate.

Obiettivo Ippocrate è un'associazione di medici che nasce a Vicenza ufficialmente il 18.02.2016 ma che muove i primi passi nel dicembre 2015 quando, un gruppo di medici dell'Ospedale S. Bortolo prende coscienza del vuoto a tutela della categoria che si viene a creare col nuovo sistema di gestione assicurativa dei sinistri all'interno delle aziende ospedaliere in autorizzazione del rischio, voluto a livello regionale.

In quel periodo contemporaneamente prende sempre più piede a livello nazionale il dibattito in merito al DdL Gelli sulla responsabilità professionale sanitaria. Su questo fronte molti i pareri favorevoli, poche le voci fuori dal coro. Per prima la collega Mirka Cocconcelli Chirurgo ortopedico di Bologna che da tempo segnala le criticità di tale DdL.

Nessuno pone al centro della questione il rapporto medico-paziente, che da tale DdL rischia di venir seriamente minato. Tanto giuste sono le motivazioni e le critiche mosse da Obiettivo Ippocrate, che l'associazione viene, a solo 28 giorni dalla nascita, convocata in Commissione Igiene e Sanità al Senato (mai prima, nella storia della nostra Repubblica, una associazione era stata convocata in Senato a così breve distanza dalla sua nascita).

Obiettivo Ippocrate quindi muove le sue azioni sia a livello istituzionale nazionale con presentazione di diversi emendamenti migliorativi al DdL, che a livello regionale dove nell'estate 2016 si assiste alla nascita di un **tavolo tecnico regionale per effettuare una ricerca nel mercato**, con

punti fissi elaborati dallo stesso tavolo tecnico, **per un adeguato prodotto assicurativo a difesa delle professioni sanitarie: medici ospedalieri, medici di medicina generale, medici aventi un qualsiasi rapporto di collaborazione col sistema sanitario regionale, specializzandi, infermieri, ostetriche, perfusionisti, veterinari.**

È la prima volta che una Regione pone in essere una tale iniziativa a tutela dei suoi professionisti.

Obiettivo Ippocrate conta da subito tra i suoi associati il Presidente dell'Ordine dei Medici di Vicenza Dr. Michele Valente, il segretario provinciale FIMMG Vicenza Dr. Silvio Regis, il presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia Dr. Giovanni Leoni, Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Verona Dr. Roberto Mora.

Ai Presidenti degli Ordini riconosciamo da subito di aver avuto la sensibilità e la lungimiranza nei confronti del nostro progetto di coesione a difesa della categoria e della sanità.

Obiettivo Ippocrate si batte per la tutela della professione sanitaria ed attorno a se ha compatto le diverse sigle sindacali che ci accompagnano in questo percorso come la CIMO, Il Co.A.S Fassid, l'AAROI – EMAC e la FIMMG Vicenza, con le quali collaboriamo fattivamente nell'interesse di tutti...medici e pazienti.

Il risultato più tangibile è di questi giorni con **l'accordo con AMTrust per un prodotto assicurativo per i professionisti sanitari secondo le indicazioni del tavolo tecnico regionale.**

La polizza proposta presenta **una serie di innovazioni che la rendono unica sul mercato:**

- 1) La polizza ha **durata triennale**
- 2) La compagnia **rinuncia per tutta la durata della polizza (3 anni) al diritto di recesso unilaterale an-**

che in presenza di segnalazione di sinistro.

- 3) Limitazione e precisa definizione di **FATTO NOTO** che viene limitato a:
 - a. Sentenza di condanna
 - b. Invito a dedurre presso Corte dei Conti
 - c. Invito a dedurre da parte dell'azienda ospedaliera
 - d. Risarcimenti già eseguiti dall'azienda ospedaliera di cui si è venuti a conoscenza.

Tutte le altre situazioni più o meno formali non rientrano nel concetto di fatto noto.

- 4) La **tutela legale** è una tutela **primo rischio** quindi attivabile immediatamente in sede **penale, Corte dei Conti, Tribunale Civile, Organismi di Mediazione, Ordini professionali ed anche in sede extragiudiziale con possibilità di scegliere un avvocato di fiducia.**

- 5) Possibilità di un'estensione a secondo rischio per colpa lieve (**non sostituisce gli obblighi aziendali di copertura della colpa lieve e protegge d'azioni esecutive sul patrimonio personale**), subentra qualora:

- a. L'azienda risulti insolvente (vedi recenti casi di Cagliari e S. Donà di Piave) e il medico venga direttamente citato per responsabilità in solido (**i beni dell'azienda non sono pignorabili quelli del medico si**)

- b. Citazione diretta del medico in sede penale senza che venga citata l'azienda

- c. In caso di sentenza senza definizione del grado di colpa (lieve/grave) per cui l'azienda si riserva di intervenire alla definizione del grado di colpa.

- 6) Comprende polizza personale per infortunio sul lavoro o contagio.

- 7) Possibilità di pagamento ratealizzato con detrazione mensile da busta paga.
- 8) Creazione di un osservatorio regionale per monitorare in tempo reale l'attività della compagnia assicurativa e la sinistrosità, **con possibilità di modifiche migliorative anche alla luce di eventuali modifiche legislative nazionali (ddL Gelli)**.
- 9) Impegno della Compagnia assicurativa a svolgere attività formativa di risk management nelle aziende con accreditamento ECM.

Per i medici il costo della polizza varia **da un minimo di 800 euro ad un massimo di 1700 euro** in base alle caratteristiche della polizza scelta (re-

troattività, massimali, postuma, estensioni, ecc.).

La sottoscrizione sarà possibile on-line attraverso un sito dedicato <http://veneto.qbroker.it> nel quale sarà possibile scegliere le varie estensioni e massimali in modo individuale, in base alla categoria di appartenenza o scaricando i moduli dal nostro sito www.obiettivoippocrate.it.

Riteniamo che tale progetto ci accomini tutti, in collaborazione con la Regione Veneto, a tutela di tutte le parti in causa medici, infermieri e pazienti.

Continua contemporaneamente, sul fronte nazionale, l'impegno di Obiettivo Ippocrate per produrre nuovi emendamenti alla discussione in aula che si terrà sul ddL Gelli, al fine di ottenere la

migliore legge possibile e non accontentarsi della meno peggio.

Chiediamo quindi a tutti i colleghi di sostenere la nostra associazione che si regge su donazioni libere e quota associativa minima di 20 euro anno per sostenere le spese legali, peritali e gli incontri istituzionali, attraverso il nostro sito **www.obiettivoippocrate.it** dove tutti i documenti ed iniziative vengono segnalate di continuo.

Grazie a tutti i colleghi che ci vorranno sostenere.

Per qualsiasi informazione **segreteria@obiettivoippocrate.it**.

MASSIMILIANO ZARAMELLA
PRESIDENTE OBIETTIVO IPPOCRATE
GIAMPAOLO ZAMBON
SEGRETARIO OBIETTIVO IPPOCRATE

Cure alternative

Leggo con sgomento che pochi giorni dopo il caso della diciottenne leucemica -che ha sconvolto l'Italia- anche una madre di Rimini con il cancro al seno è deceduta in questi giorni per rifiuto della chemioterapia. Commento del Ministro della Salute (la stessa Lorenzin che strizzava l'occhio alla omeopatia con successiva -patetica- marcia indietro): "un ennesimo caso di antiscienza". Già, ma in nome della libertà di espressione sembra incomprensibilmente lecito -a tutti- ignorare le evidenze scientifiche e divulgare allegramente idiozie e/o verità complottistiche che aiutano solo gli ignoranti e i loro migliori amici, ... i ciarlatani. Sulla cura del cancro poi, apriti cielo. Non è bastata l'esperienza del "siero di Bonifacio" a base di feci e urine di capra (anni 70), del "metodo di Tullio Simoncini" a base di bicarbonato di sodio (o di potassio, non mi ricordo ma è lo stesso -è stato radiato dall'Ordine nel 2006), del metodo di Di Bella basato su chemioterapici sottodosati, ormoni e vitamine, dell'"urinoterapia" che prevede som-

ministrazione di urine, ed altre simili leccornie.

Basta fare una panoramica sui post in Internet di personaggi in camicia bianca che osannano qualsiasi lerciume (**basta che sia 'cura alternativa', va bene anche la m...**) con commenti senza arte né parte e **soprattutto senza alcuna documentazione scientifica, salvo una triste aneddotica che si può trovare anche in qualsiasi sito dedicato alle arti esoteriche**, del tipo <mio nonno fumava 20 sigarette al giorno ed è morto a 104 anni quindi fumare fa bene>. **È ora di dire basta a questa "cultura della non cultura" perché l'ignoranza può creare più morti di una guerra. Gli Ordini professionali dovrebbero vigilare con maggior attenzione** su quello che predicano certi loro "iscritti" e la **Magistratura intervenire ad alzo zero** su questi reati di "disastro colposo" perché la divulgazione di cialtronerie e ciarlatanerie altro non è se non 'disastro colposo'. Facebook lo leggo anche i pazienti, anche i malati, anche i parenti dei malati, anche i di-

sperati con il cancro; io posso cavar-mela con un leggero senso di nausea, con un commento sagace, con una perdita di qualche "amicizia" in Facebook: per loro non è così... Non si tratta qui di discutere del <diritto di libertà di opinione>, si tratta di fatti e le evidenze scientifiche non sono opinioni, sono fatti.

Le cure efficaci esistono anche nella medicina tradizionale, anche se non fanno miracoli perché i miracoli sono -a quanto pare- una dichiarata esclusiva di maghi e ciarlatani. È probabilmente colpa -anche- di questa non cultura e dei suoi divulgatori (non mi pronuncio comunque sul caso specifico di quelle povere ragazze, che non conosco), il rifiuto assurdo e acritico di terapie efficaci e salvavita o anche, più semplicemente (vedi gli effetti della dieta vegana nella prima infanzia) il rifiuto di stili di vita "normali".

ALESSANDRO BATTAGIA



Modifiche apportate nel corso del 2016 agli art. 54 e 56

CODICE **di DEONTOLOGIA** **MEDICA**

**Il Consiglio Nazionale FNOMCEO alla data del 19/05/2016
ha modificato l'art. 56 e alla data del 16/12/2016 l'art. 54**

Si riportano all'interno le nuove stesure degli articoli

Art. 56

Pubblicità informativa sanitaria

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole.

Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie.

Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti.

Art. 54

Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile

Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale e il principio dell'intesa preventiva, commisura l'onorario alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste e ai mezzi impiegati, tutelando la qualità e la sicurezza della prestazione.

Il medico comunica preventivamente alla persona assistita l'onorario, che non può essere subordinato ai risultati della prestazione professionale.

In armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale.

Il medico può prestare gratuitamente la propria opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela.

Convegni e Congressi

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA XXVII CORSO SUPERIORE DI GERIATRIA

PROGRAMMA 2017

9 MARZO 2017
Giovedì ore 15.00

GLI ANNI... I LIMITI... LE STRATEGIE...

Relatori: Chiara Bovo,
Giuseppina Vellone,
Giuseppe Imperadore,
Andrea Ungar, Luigi di Cioccio

16 MARZO 2017
Giovedì ore 15.00

ABUSO E MALTRATTAMENTI DELL'ANZIANO

Relatori: Matteo Grezzana,
Roberto Borin, Umberto Senin,
Gianfranco Salvio, Stefania Maggi

23 MARZO 2017
Giovedì ore 15.00

MALATTIE INFETTIVE E IMMIGRAZIONE

Relatori: Denise Signorelli,
Marco Righi, Ercole Concia,
Giuseppina Napoletano,
Roberto Castello

30 MARZO 2017
Giovedì ore 15.00

I TRAPIANTI A VERONA

Relatori: Gabriele Zanotto,
Umberto Tedeschi,
Giuseppe Faggian, Luigino Boschiero,
Umberto Montin

18 APRILE 2017
Martedì ore 15.00

TRATTARE, O NON TRATTARE, QUESTO È IL DILEMMA.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELL'ANZIANO FRAGILE: QUANDO E COME?

Relatori: Giorgia Cecchini,
Arrigo Battocchia,
Niccolò Marchionni,
Gianfranco Sinagra,
Corrado Vassanelli

27 APRILE 2017
Giovedì ore 15.00

INVECCHIAMENTO E DISTURBI MINZIONALI

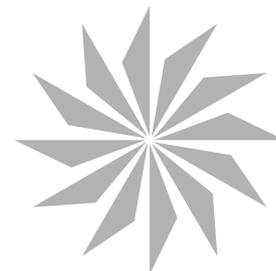
Relatori: Gianfranco Veraldi,
Stefania Montemezzi,
Walter Artibani, Maria Angela Cerruto,
Francesco Benvenuti

23 MAGGIO 2017
Martedì ore 15.00

1817-2017: DUECENTO ANNI DI MALATTIA DI PARKINSON

Relatori: Marco Trabucchi,
Nicola Smania, Luigi G. Grezzana

Gli incontri si terranno a:
VERONA
AUDITORIUM GRAN GUARDIA
PIAZZA BRÀ



MICRO RACCOLTA DIFFERENZIATA

Un servizio per le imprese, un aiuto per l'ambiente.

SERVIZI DI RACCOLTA
RIFIUTI SANITARI · CHIMICI · FARMACEUTICI

S.ECO Servizi Ecologici s.r.l.

Via E. Fermi, 17/b - 37135 Verona - Tel. 045 8204880 - Fax 045 8204924 - e-mail: commerciale@s-eco.it



www.s-eco.it

Le Cure Palliative

SECONDA PARTE

di GIAN LUIGI CETTO e ANNAMARIA MOLINO

NASCITA E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE

La nascita delle cure palliative si fa risalire agli anni '60 con l'inizio del movimento hospice nel Regno Unito da parte di Cicely Saunders, ex assistente sociale e infermiera inglese, divenuta poi medico, che ha introdotto una visione olistica, combinando l'aspetto assistenziale della persona con l'utilizzo delle tecniche e dei farmaci per il controllo dei sintomi. Nel 1967 Dame Cicely Saunders fondava il Saint Christopher's Hospice (Sydenham, a sud di Londra) che definiva come "luogo di vita, di assistenza e di ricerca, per favorire la naturalità della vita e della morte". Da allora il movimento si espandeva rapidamente in Europa e nel resto del mondo, trovando accoglienza rapida, grazie a istituzioni pubbliche e private, e contribuendo a sviluppare

una nuova disciplina medica specifica (Tabella 1).

In Italia le cure palliative nascono tra gli anni '60 e '70 dapprima in forma di assistenza domiciliare volontaria ad opera di associazioni di volontariato/non-profit, orientate per lo più al controllo del dolore. Ma il reale sviluppo delle cure palliative comincia agli inizi degli anni ottanta, su iniziativa del professor Vittorio Ventafridda, allora direttore del Servizio di Terapia del Dolore dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, dell'ingegnere Virgilio Floriani, fondatore dell'omonima associazione e di un'organizzazione di volontari, la sezione milanese della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. In queste prime esperienze prevale il modello domiciliare anziché quello dell'assistenza residenziale. Le tappe fondamentali dello sviluppo delle cure palliative in Italia sono sintetizzate nella tabella 2.

I provvedimenti legislativi più importanti per la istituzionalizzazione delle cure palliative in Italia sono stati:

1) Il **Piano Sanitario Nazionale**

1998-2000 ("un patto di solidarietà per la salute") che ha posto tra gli obiettivi, per la prima volta in maniera esplicita, iniziative atte a "migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita". A seguito di questo la legge **39/1999** ha ufficialmente riconosciuto ed inserito le cure palliative nel Sistema Sanitario Nazionale, ne ha delineato il quadro organizzativo ed ha avviato il processo di diffusione degli hospice in Italia con finanziamenti specifici.

2) Il secondo provvedimento è stato il riconoscimento delle cure palliative tra i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A), per cui lo Stato e le regioni a partire dal 2001 devono fornire gratuitamente alla popolazione un modello assistenziale in rete, garante della qualità di vita e della dignità della persona (**DPCM 29 novembre 2001, Livelli Essenziali di Assistenza**).

3) L'ultimo e più importante provvedimento legislativo è stata la **legge 38/2010** che ha sancito il diritto per ogni cittadino all'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore considerato in tutte le sue forme. I diritti sanciti dalla legge in esame sono validi per tutte le persone e per tutti i luoghi per i quali è, inoltre, pre-

Tabella 1. Le tappe fondamentali dello sviluppo delle cure palliative in Europa.

anni 60	Movimento Hospice (UK): dame Cicely Saunders
1967	Saint Christopher's Hospice (Sydenham – Londra)
1986	Report OMS: "Cancer Pain Relief"
1988	European Association for Palliative Care (EAPC): Vittorio Ventafridda e Fondazione Floriani
1989	Definizione di Cure Palliative da parte di EAPC adottata da OMS
1990	Report OMS: "Cancer Pain Relief and Palliative Care"
1999	Documento del Consiglio d'Europa: "Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying"
2003	Consiglio d'Europa: "Raccomandazione REC 24 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sull'organizzazione delle cure palliative"
2004	Federazione delle Cure Palliative in Europa
2009	Consiglio d'Europa: Risoluzione 1649 "Palliative care: a model for innovative health and social policies"

Tabella 2. Le tappe fondamentali dello sviluppo delle cure palliative in Italia.

<p>- Sviluppo “volontaristico” (anni '60 – '70): assistenza domiciliare volontaria</p> <p>- Sviluppo assistenziale e culturale (anni '80): 1981 Fondazione Floriani (MI) e Servizio di terapia del dolore (IST- MI): programma congiunto (prof. V. Ventafridda) 1982 Hospice (10 letti) nel Pio Albergo Trivulzio Servizi di Cure Palliative a Cremona e a Genova Hospice presso la Casa di Cura Capitanio (MI) Domus Salutis (40 letti) a Brescia 1987 Società Italiana di Cure Palliative (S.I.C.P.) 1989 Scuola Italiana di Medicina e Cure Palliative (S.I.M.P.A.) Hospice “La Via di Natale” ad Aviano Hospice Casa di Cura S. Marco a Mestre</p> <p>- Sviluppo legislativo (1999 – 2010): - Legge 26 febbraio 1999 n. 39 (G.U. n. 55, 8 marzo 1999): disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. - Decreto 28 settembre 1999 del Ministero della Sanità (G.U. n. 55, 7 marzo 2000): Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative. - Legge 8 febbraio 2001 n. 12 (G.U. n. 41, 19 febbraio 2001): Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici efficaci nella terapia del dolore. - Legge n. 38 - 15 marzo 2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.</p> <p>- Sviluppo assistenziale e strutturale (2001): attivazione di numerosi hospice, a seguito dei finanziamenti previsti dalla legge 39/1999 e successive.</p> <p>- Sviluppo accademico (2012): inizia il percorso ufficiale accademico con la attivazione di varie tipologie di master qualificanti in cure palliative (GU n. 89 del 16 aprile 2012).</p>
--

visto un obbligo di monitoraggio sia per le cure palliative che per la terapia del dolore.

Le cure palliative, identificate spesso con l'hospice, inteso come struttura assistenziale, si sono diffuse capillarmente in tutti i paesi del mondo, a seguito, in particolare, della maggior attenzione alla qualità di vita e del continuo proliferare della spesa sanitaria. Deve essere però ricordato che il termine hospice inizialmente indicava un movimento assistenziale, orientato esclusivamente alla qualità di vita in fase avanzata di malattia; il termine veniva poi utilizzato per indicare un modello assistenziale e, solo successivamente, si identificava con la struttura.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Un recente report (*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme al Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) calcola che circa 20 milioni di pazienti necessitano ogni anno di cure palliative, il 6% dei quali sono bambini; il numero potreb-

be raddoppiare, arrivando a circa 40 milioni, se si considerano anche i pazienti che potrebbero trarre beneficio dalle cure palliative in tutte le fasi della loro malattia (*simultaneous care*). Oltre un terzo dei pazienti adulti che necessitano di cure palliative sono affetti da neoplasie: è quindi verosimile che oltre 6 milioni di pazienti con cancro in fase terminale e quasi 15 milioni in fase avanzata richiedano cure palliative.

Nel 2011, complessivamente solo circa tre milioni di pazienti affetti da varie patologie hanno ricevuto cure palliative, soprattutto in paesi ad alto reddito; ma quasi l'80% della necessità globale di cure palliative proviene da paesi a basso e medio reddito, e soltanto in 20 paesi al mondo le cure palliative sono ben integrate nel sistema sanitario. Gli stati che hanno dato il maggior sviluppo alle cure palliative sono: Canada, Australia, Stati Uniti d'America, Nuova Zelanda e molte nazioni d'Europa (Figura 1).

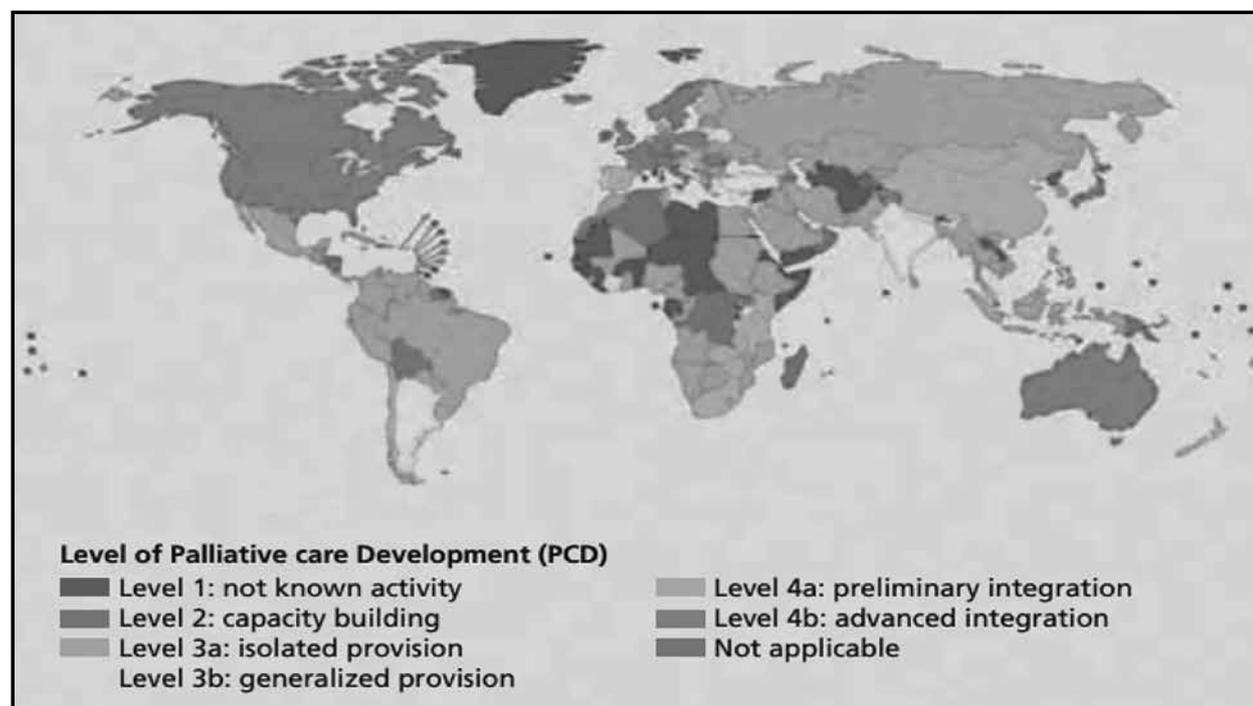
In gran parte delle nazioni europee i servizi di cure palliative sono sufficientemente sviluppati, sia in forma di hospice, che di assistenza domiciliare

e di servizi ospedalieri; questi ultimi sono del tutto assenti solo in Italia. La nazione a maggior sviluppo dei servizi è il Regno Unito (Figura 2).

L'Italia è considerata una nazione ad avanzato sviluppo delle cure palliative, anche se molto deve essere ancora implementato, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo degli oppioidi, la cultura e la formazione. Risulta infatti molto carente in Italia la conoscenza e la consapevolezza nella popolazione generale delle problematiche legate al fine vita: una indagine di Economist (*Economist Intelligence Unit*) condotta nel 2010 sulla qualità della morte, valutando una serie di parametri qualitativi e quantitativi in 40 paesi, collocava l'Italia al 24° posto con uno score piuttosto basso, in particolare per quanto riguarda la qualità del fine-vita e la conoscenza/consapevolezza del problema.

A seguito dei finanziamenti previsti dalla legge 39/1999 e successive, sono stati attivati molti hospice in Italia: l'ultimo rilievo ufficiale risale al 2013 e riconosce 263 hospice attivi e 318 centri di terapia del dolore (Tabella 3), anche

Figura 1. Lo sviluppo delle cure palliative nel mondo (Worldwide Palliative Care Alliance, 2012).



se distribuiti a macchia di leopardo sul territorio nazionale, prevalentemente nel nord-Italia e in particolare in Lombardia (Figura 3). Si calcola che siano attualmente attivi oltre 2600 letti dedicati alle cure palliative e quasi 300 hospice. La situazione italiana, secondo la recente indagine dell'EAPC (European Association on Palliative Care), è caratterizzata da un buon sviluppo della assistenza domiciliare e degli hospice, ma da una assoluta mancanza di servizi ospedalieri e da uno scarso utilizzo di oppioidi forti.

Una mappa aggiornata degli hospice e dei centri di terapia del dolore in Italia, regione per regione, oltre alla definizione della rete di cure palliative, è disponibile nel sito del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=cure).

LA REALTÀ VERONESE (ULSS 9 SCALIGERA)

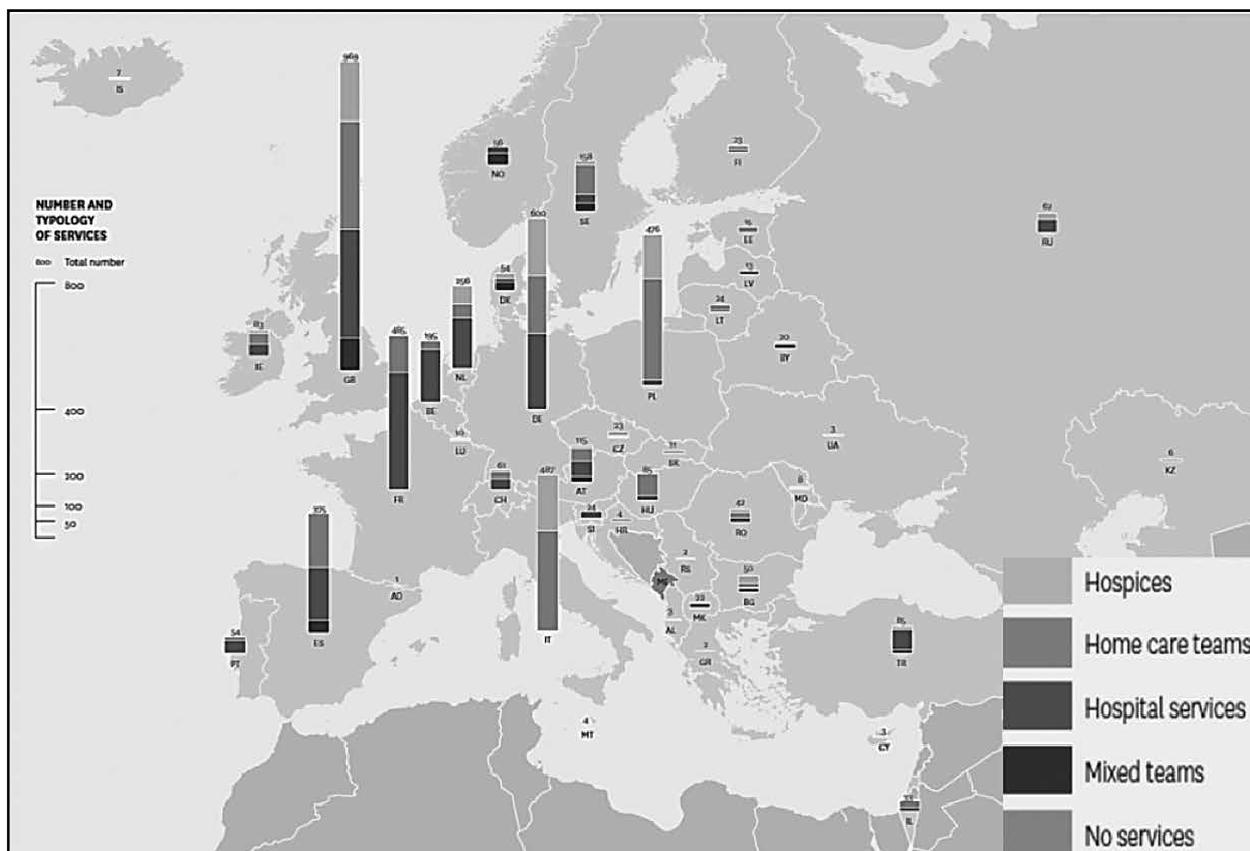
Le cure palliative hanno avuto un notevole sviluppo nel veronese, anche se ancora del tutto insufficiente e caratterizzato da una irregolare distribuzione nel territorio a macchia di leopardo, con punte di eccellenza e con zone gravemente carenti di servi-

zi territoriali e soprattutto residenziali. Nell'est veronese (ex-ULSS 20) sono presenti due strutture residenziali (hospice), del tutto assenti invece nel territorio cittadino, nella pianura veronese (ex-USLL 21) e nell'ampio territorio nord, ovest e sud-ovest veronese (Baldo-Garda, Valdadige, Valpolicella e alta pianura veronese: ex-ULSS 22). Nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona mancano attualmente servizi/strutture dedicati alle cure palliative, a parte sporadiche iniziative in singoli reparti (Oncologia, Neurologia...): fino al 2013 era attiva una UOC di Medicina ad Indirizzo Palliativo, la prima e l'unica struttura ospedaliera in Italia, poi cancellata dalle schede del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016. Presso l'ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar è attiva una Unità di Cure Palliative nell'ambito del Dipartimento Oncologico, dotata di 8 posti letto e dedicata ai pazienti oncologici in fase avanzata seguiti dal reparto oncologico.

Nella **ex-ULSS 20** nel corso degli ultimi anni si è sviluppata particolarmente l'assistenza nel fine vita, sia a livello domiciliare che residenziale. Gli Hospice di Cologna Veneta e

Marzana (referente: dott.ssa M.B. Gazzola - Distretto 2 San Bonifacio, tel. 0456138433-3204344884, fax 0456138170, mail: mbgazzola@ulss20.verona.it) sono due strutture dedicate al fine vita sia per pazienti oncologici o con altre patologie in fase avanzata (malattie neuromuscolari) che necessitano di protezione e assistenza continua sanitaria e/o sociale, temporanea o permanente. L'accoglimento è vincolato alla necessità di trattamenti che non richiedano un ricovero presso UU.OO. ospedaliere per pazienti acuti. **L'hospice San Cristoforo di Cologna Veneta**, situato presso il Centro Sanitario Polifunzionale di Cologna Veneta (VR), è attivo dal novembre 1999 con 7 posti letto: accoglie circa 100 pazienti/anno (ad oggi in totale 1771 pazienti). **L'hospice San Giuseppe di Marzana**, proposto e progettato dallo scrivente ancora nel 1998, è attivo dal giugno 2006 con 14 posti letto ed ha accolto fino ad oggi oltre 2400 pazienti (attualmente circa 230 pazienti/anno). Nella struttura operano quattro medici di medicina generale con specifica esperienza e formazione nell'ambito delle cure palliative. Il modello assistenziale prevede la

Figura 2. I servizi di cure palliative in Europa (EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013).



presenza medica lungo tutto l'arco della giornata, assicurando una elevata continuità assistenziale; è inoltre attiva una disponibilità telefonica notturna, prefestiva e festiva a turno, con uscita in caso di problemi critici e presenza di un medico anche nei giorni festivi, rendendo quasi nullo il ricorso agli interventi dei medici di continuità assistenziale, che attualmente escono solo per constatazioni di decessi. Gli aspetti più rilevanti del modello assistenziale sono: la continuità assistenziale (24 ore, 7 giorni su 7), la formazione e l'addestramento continuo del personale infermieristico, il counseling ai familiari sia durante la degenza che nella fase immediata post-morte e il raccordo ottimale con i colleghi di medicina generale del territorio e con i reparti ospedalieri. La ex-ULSS 20 ha sviluppato l'assistenza di fine vita anche a livello domiciliare, sia in forma di dimissioni protette con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale tra le UU.OO dell'Azienda Ospedaliera Universitaria

Integrata di Verona (AOUI) e i Distretti dell'ULSS 20, sia in forma di *simultaneous care*, affiancando il palliativista allo specialista di riferimento quando è ancora in corso un trattamento terapeutico. Inoltre in ogni Distretto è attivo un **Nucleo di Cure Palliative (NCP)** che opera secondo i criteri e le modalità di équipe (L.R. 07/2009), formato dal medico di medicina generale, un medico esperto in cure palliative, un infermiere professionale, un assistente sociale e un medico del distretto. Contribuiscono ai lavori del Nucleo, secondo le necessità, specialisti invitati come consulenti, altri operatori sanitari e socio-assistenziali, i volontari. Il metodo di presa in cura di paziente e famiglia è sovrapponibile a quello praticato in hospice, all'interno di un circuito di offerta domicilio-hospice-domicilio, realizzando un'unica rete territoriale di cure palliative che assicura omogeneità d'interventi e continuità di cura. Nell'anno 2015 sono stati gestiti a domicilio circa 350 pazienti.

Nel territorio cittadino opera la **Associazione ADO** (Assistenza Domiciliare Oncologica) (referente: dott. M. Gastaldo, Presidente ADO - 045.8350910 - mail: gastaldo.massimo@icloud.com), una organizzazione di volontariato che svolge programmi di assistenza domiciliare, in affiancamento all'attività dei Nuclei di Cure Palliative, programmi di sostegno alle famiglie e programmi di collaborazione con le Aziende Sanitarie. L'Associazione ha realizzato il Centro di Ascolto Oncologico, gestito da volontari formati, in partnership con la ex-ULSS 20, rivolto a tutti i cittadini, alle persone malate di tumore ed ai loro familiari e a tutti coloro che si occupano di assistenza oncologica, come strumento di orientamento e sostegno psicologico per l'attività dei NCP. Il Centro di Ascolto Oncologico fornisce informazioni sui percorsi terapeutici ed assistenziali, attraverso una linea telefonica gratuita ed uno sportello informativo aperto al pubblico, supporto medico-specialistico ed in-

fermieristico per informazioni generali sui trattamenti e tipi di assistenza e supporto psicologico e psicoterapeutico individuale e di gruppo, a cura di un consulente esperto.

Nella **ex-USLL 21** (referente dott. D. Zanon - Direttore Distretto Socio-Sanitario - Legnago - 0442622380 fax: 0442622141 mail: dario.zanon@aullss9.veneto.it) è strutturata un'equipe per le cure palliative (Nucleo di Cure Palliative) che si fa carico dei pazienti la cui patologia di base non risponde più alle cure specifiche, in particolare pazienti con patologie oncologiche. Il Nucleo per le Cure Palliative è formato da: MMG, medici palliativisti, infermieri, medici specialisti ospedalieri, psicologo, assistenti sociali del Servizio di Dimissioni Protette, assistenti sociali e operatori socio-sanitari dei Comuni del territorio. con compiti di garantire la necessaria attività assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero per utenti in fase avanzata di malattia. Per ogni paziente viene predisposto un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) attraverso la discussione del caso nell'Unità di Valutazione Multidimensionale (vedi UVMD).

Nella **ex-ULSS 22** è stata attivata da circa un anno una **Unità Operativa di Cure Palliative** (referente: dott. E. Trivellato – Direttore U.O. di Cure Palliative – 0456338215 - 045-6338150, mail: ulss22.curepalliative@aullss9.veneto.it) che ha riorganizzato la attività assistenziale, attivando un ambulatorio per le cure palliative e la terapia del dolore, ed ha iniziato a costituire una rete di coordinamento tra il territorio (ADI, medici di medicina generale, associazioni non profit), strutture ospedaliere (reparti di oncologia, geriatrie, medicine, pneumologia ecc.) e strutture intermedie (ospedali di comunità, case di riposo, hospice).

La **Associazione "Miki De Beni" AMO Baldo Garda** (referente: dott. T. Benati – 349.5017388 - tanobenati@tiscalinet.it – info@amobaldo-garda.org - 045.6211242) è attiva dal marzo 2003 nel territorio della ex-USL 22, in particolare nel comprensorio BaldoGarda del distretto 1. Si tratta di una associazione di volontariato, con sede a Bardolino, la cui mission è assistere a domicilio gratuitamente i malati di cancro con una équipe di

Tabella 3. Distribuzione degli hospice e dei centri di terapia del dolore in Italia (Ministero della Salute, 2013)

	HOSPICE CURE PALLIATIVE	CENTRI TERAPIA DEL DOLORE	
TOSCANA	18	28	
VENETO	21	40	
CAMPANIA	7	8	
CALABRIA	18	6	
PIEMONTE	13	29	
LOMBARDIA	70	24	
FRIULI V. GIULIA	8	16	
SICILIA	10	16	
UMBRIA	3	8	
EMILIA ROMAGNA	21	26	
BASILICATA	8	6	
LAZIO	26	48	
MOLISE	1	3	
SARDEGNA	8	9	
ABRUZZO	6	6	
VALLE D'AOSTA	1	2	
LIGURIA	6	7	
PUGLIA	7	15	
MARCHE	7	18	
TRENTINO A. ADIGE	4	3	
	263	318	581

cura multiprofessionale, assicurando loro il diritto alle cure e alla dignità nelle ultime fasi della vita. La associazione gode dal 2007 di una convenzione con la ex-USL 22. L'équipe è composta da un gruppo interdisciplinare in cui sono presenti: il medico responsabile dell'équipe, l'infermiere professionale, l'operatore assistenziale, il fisioterapista, i volontari. Al progetto di cura partecipano il medico di famiglia dell'assistito, l'assistente sociale e, se richiesto, l'assistente spirituale. L'organico attuale del nucleo di cure palliative è costituito da cinque medici formati in cure palliative, nove infermieri, tre operatori sanitari, un fisioterapista, un assistente spirituale, uno psicologo supervisore del gruppo, uno psicologo per pazienti e famigliari e un volontario. Il NCP garantisce la presa in carico con reperibilità infermieristica e medica h 24 7 giorni su 7. Nel corso del 2016 sono stati assistiti oltre 130 pazienti, deceduti a domicilio nella quasi totalità dei casi (90%). La **Fondazione ANT Italia** onlus (referente: dott. J. Tamanti - 045.577671, 346.2366276, mail: delegazione.verona@ant.it) è attiva nel territorio sud della ex-ULSS 22 e in città. Il Coordinatore è il dr. Jacopo Tamanti e l'équipe è formata da due medici, un infermiere e una psicologa; l'équipe sanitaria multiprofessionale è in grado di erogare a domicilio, a seconda dell'intensità assistenziale, visite me-

diche, infermieristiche, psicologiche e l'esecuzione di terapie infusionali, prelievi ematici, medicazioni ecc.

CONCLUSIONI

Le cure palliative si stanno oggi diffondendo capillarmente in tutti i paesi del mondo, a seguito, in particolare, della maggior attenzione alla qualità di vita e del continuo proliferare della spesa sanitaria.

Anche in Italia le cure palliative sono in continuo sviluppo e il numero di pazienti oncologici che trascorre gli ultimi giorni di vita in un ospedale diminuisce in modo rilevante con un calo che supera il 10% negli ultimi sei anni, a dimostrazione che le reti assistenziali sul territorio e la diffusione degli hospice riescono a prendere in carico un maggior numero di pazienti con una consistente riduzione della spesa sanitaria. Ma questo non basta. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che attualmente circa 20 milioni di pazienti necessitino ogni anno di cure palliative, complessivamente il 37,4% dei decessi; tale percentuale può arrivare al 60% nei paesi più sviluppati e con popolazioni più anziane. Questi numeri sono destinati ad aumentare considerevolmente con l'aumento della popolazione mondiale e con l'aumento della speranza di vita, in particolare in ambito oncologico: nel 2020 circa 10 milioni di decessi saranno causati da una patologia oncologica, dai 2 ai 3 milioni solo nei paesi industrializzati (World Health Statistics, 2013). Le cure palliative sono indispensabili e lo saranno sempre di più, non solo per far fronte alle richieste di una miglior qualità della morte e per tutelare la dignità della persona, ma anche per la tenuta dei sistemi sanitari e della coesione sociale.

Gli ostacoli principali al loro sviluppo sono rappresentati dalla carente conoscenza e consapevolezza nella popolazione generale delle problematiche legate al fine vita e dalla scarsa o assente formazione medica e infermieristica in cure palliative, come dimostrato dalla indagine di Economist (Economist Intelligence Unit) sulla qualità della morte in 40 paesi che ha collocato l'Italia al 24° posto. L'indagine di Economist è stata ripresa in un editoriale del Lancet, nel quale si denuncia la grave lentezza di progressi nelle

cure palliative e la formazione spesso inadeguata anche nei paesi sviluppati. La cultura palliativa e le competenze generali in cure palliative devono essere patrimonio di tutti gli operatori sanitari, pur con diversi livelli di competenza e quindi di formazione: dovranno essere sviluppati programmi elementari per la formazione di base di ogni professione sanitaria, fino all'attivazione di programmi specifici di livello specialistico.

Le cure palliative rappresentano inoltre, non solo un insieme di conoscenze interdisciplinari, ma anche un modello assistenziale proponibile a tutta la medicina generale e a molta medicina specialistica (rete assistenziale, centralità del paziente, qualità di vita, ruolo della comunicazione, assistenza domiciliare, ecc.).

Per tale motivo lo sviluppo della cultura palliativa rappresenta, non solo una reale necessità, ma anche una occasione per proporre nuovi modelli organizzativi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Figura 3. La mappa degli hospice attivi in Italia (dati della Federazione Cure Palliative, 2016)



Si ringraziano i referenti delle strutture censite (dott.ssa M.B. Gazzola, dott. M. Gastaldo, dott. D. Zanon,

dott. E. Trivellato, dott. T. Benati, dott. J. Tamanti) per le informazioni fornite, oltre che per il lavoro svolto.

www.nonsoloassicurazioni.it

Noi non ci occupiamo di medicina:

ASSICURIAMO I MEDICI!



**AEMME
SERVIZI**

AEMME SERVIZI di Zamperlin Silvana
Via Fiumicello 5 - 37131 VERONA - Tel 045 8403520 Fax 045 8402971
Info@aemme-servizi.it - www.nonsoloassicurazioni.it
Iscrizione RUI n. E000312579 del 14/12/2009



Privacy del trattamento dei dati: 4 Maggio 2016

Publicato in Gazzetta Europea il Nuovo Regolamento Europeo

di **CLAUDIO DESTRI**

*Collaboratore esterno della Commissione
Tutela dati sanitari*

*In Gazzetta europea, il Regolamento (Ue) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 sulla **privacy** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al **trattamento dei dati personali**, nonché alla **libera circolazione dei dati** personali nell'Unione. Inoltre, **abroga la direttiva 95/46/CE** (il precedente regolamento generale sulla protezione dei dati).*

*Il regolamento **entra in vigore** il ventesimo giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta ufficiale dell'Unione europea (4 maggio 2016) e si applica a **decorrere dal 25 maggio 2018**.*

Articolazione del Provvedimento

Il regolamento è composto di **99 articoli**: ecco la sua articolazione

- CAPO I: detta le Disposizioni generali
- CAPO II: i principi ispiratori del trattamento dei dati
- CAPO III: si concentra sui Diritti dell'interessato
- CAPO IV: sulla figura del Titolare del trattamento e responsabile del trattamento
- CAPO V: sui Trasferimenti di dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali
- CAPO VI: sulle Autorità di controllo indipendenti
- CAPO VII: Cooperazione e coerenza
- CAPO VIII: Mezzi di ricorso, responsabilità e sanzioni
- CAPO IX: Disposizioni relative a specifiche situazioni di trattamento (in particolare vedasi l'art. 88 sui rapporti di lavoro)
- CAPO X: Atti delegati e atti di esecuzione
- CAPO XI: Disposizioni finali (all'art. 94

si dispone la Abrogazione della direttiva 95/46/CE; e all'art. 95 i rapporti con la Direttiva 2002/58/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 luglio 2002, relativa al trattamento dei dati personali e alla tutela della vita privata nel settore delle comunicazioni elettroniche (direttiva relativa alla vita privata e alle comunicazioni elettroniche).

Link al Regolamento Europeo Privacy:
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=IT>

Consenso e informativa: obblighi per professionisti

Il Regolamento europeo sulla privacy si basa, come la disciplina precedente, sul consenso e sull'informativa, ma con alcune specificazioni interessanti. Il trattamento dei dati personali è, infatti, lecito se l'interessato ha espresso il suo consenso. Il titolare del trattamento deve fornire all'interessato una informativa dettagliata ossia una serie di informazioni che illustrino con cura le modalità del trattamento.

Il principio del consenso, ossia il fatto che i dati di un soggetto siano trattati, solamente se vi è stata una manifestazione di volontà libera ed esplicita in tal senso, e l'obbligo (precedente) di una informativa dettagliata, ossia di una serie di informazioni che illustrino con cura le modalità del trattamento, sono sempre stati i due pilastri della disciplina della protezione dei dati.

In ogni caso il Regolamento appena approvato e pubblicato riprende, in larga parte, quanto già era previsto dalla disciplina precedente, mantenendo un'idea della privacy che è ancora basata sul consenso e sull'informativa.

Il consenso comporta particolari requisiti, deve essere libero, informato e fornito per iscritto, "in modo chiaramente distinguibile dalle altre materie,

in forma comprensibile e facilmente accessibile, utilizzando un linguaggio semplice e chiaro".

L'interessato ha, inoltre, diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, e deve sempre essere informato di tale diritto e possibilità di revoca.

L'informativa

Il concetto di informativa, ossia una serie di informazioni che il titolare deve sempre dare ai soggetti di cui si appresta a trattare i dati, si basa sull'idea fondamentale di trasparenza, prevista dall'art. 5, primo comma, lett. a) del Regolamento. Si tratta di un aspetto molto importante, che ha subito alcune modifiche che andremo a vedere. Innanzitutto, le informazioni che il titolare del trattamento deve fornire all'interessato, devono sempre essere rese in forma concisa, trasparente, intelligibile e facilmente accessibile, con un linguaggio semplice e chiaro. Il titolare deve fornire all'interessato, in particolare, una lunga serie di informazioni, elencate agli artt. 13 e 14 del Regolamento.

L'art. 13 del Regolamento elenca le informazioni che il titolare deve fornire all'interessato qualora i dati personali siano raccolti presso di lui, da fornire anche in caso di modifica delle finalità di un trattamento già in essere, e l'art. 14 elenca quelle da rendersi ove i dati non siano ottenuti presso l'interessato. In quest'ultimo caso, le informazioni devono essere fornite entro un tempo ragionevole dall'ottenimento dei dati personali e, al più tardi, entro un mese. Abbiamo, in definitiva, due ipotesi diverse di informativa, a seconda che i dati siano o meno raccolti presso l'interessato.

Appare chiaro, infine, che la diffusione delle tecnologie dell'informazione e delle piattaforme di e-commerce renderanno più semplice, in molti casi,

tale diffusione di informazioni utili all'interessato.

Gli articoli **da 24 a 43** vertono sui compiti, i diritti e le responsabilità del titolare (in primis, "mette in atto misure tecniche e organizzative adeguate per garantire, ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al regolamento") e del responsabile del trattamento dei dati.

A questo proposito è conveniente ricordare le **figure organizzative** per la gestione della privacy (titolare del trattamento, responsabile del trattamento, delegato dal titolare, rappresentanti di titolari del trattamento stabiliti o meno nell'Unione).

Fra gli adempimenti dei responsabili del trattamento l'art. 30 ricorda la tenuta dei **registri del trattamento**, mentre l'art. 32 (**sicurezza del trattamento**) impone l'obbligo al titolare e al responsabile, tenendo conto dello stato dell'arte e dei costi di attuazione, della natura, dell'oggetto, del contesto e delle finalità del trattamento, come anche del rischio di varia probabilità e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche, di "mettere in atto **misure tecniche e organizzative** adeguate per garantire un livello di sicurezza sufficiente al rischio" (dalle "misure minime" del vecchio Codice privacy, DLgs 196/03, si passa alle "misure adeguate" del nuovo Regolamento europeo). A livello di autorità politico-amministrative dei singoli Membri dell'UE, il Regolamento (art. 40) incoraggia l'elaborazione di **codici di condotta** destinati a contribuire alla corretta applicazione delle nuove regole sulla privacy. Nel contesto di alcuni recenti incontri, il dr. Del Zotti ed io abbiamo avuto motivata e professionale conferma dal Professor Roberto Flor e dall'Avvocato Natale Callipari circa quanto sia delicato il problema del Consenso Informato e della prossima incombenza di cause legali anche per i Professionisti. La questione è già in fase di approfondimento da parte dell'Ordine dei Medici di Verona grazie al Presidente Dr. Mora, e segnatamente da parte della Commissione condotta dal Dr. Peruzzini, col quale il dr. Del Zotti collabora strettamente.

In un altro passaggio si sottolinea come il trattamento dei dati relativi alla salute, anche effettuato per motivi di interesse pubblico, non dovrebbe

comportare il trattamento degli stessi dati personali per altre finalità da parte di terzi, quali in particolare i datori di lavoro (oltre alle compagnie di assicurazione e istituti di credito).

Vi sono alcune categorie di dati, e alcune tipologie di trattamento che le riguardano, che comportano una maggiore invasione della sfera personale dell'individuo.

Questo è il motivo per cui si è soliti parlare, sin dal 1996 e già nel testo della prima normativa italiana in tema di privacy, di dato "sensibile", da intendersi, in senso lato, come un dato che, se rivelato, potrebbe causare un danno o una discriminazione molto grave al soggetto cui il dato si riferisce.

I dati sensibili sono considerati, per tradizione, quelli più importanti, vere e proprie "informazioni che scottano" in grado di rivelare particolari intimi del soggetto. Il timore del legislatore è che la diffusione di simili informazioni possa causare una discriminazione, sia nella vita sociale sia sul posto di lavoro.

Il 18 e 19 Aprile scorso, invitato dal Vicepresidente Dr. Vettorello, sono stato al Congresso annuale della **AssoDPO**, l'**Associazione Data Protection Officer**, che verteva su numerosi argomenti di primo piano della sicurezza dei dati: gli impatti del **nuovo regolamento privacy Ue** sulle imprese europee ed extra europee anche in ambito sanitario, il **ruolo del DPO in Europa**, l'**accountability** e **trasferimento dati all'estero**, il **data breach**.

Negli Stati Uniti d'America, notoriamente più avanti di noi sulla privacy, si sta focalizzando l'attenzione sulla **crittografia** dei dati, l'**analisi dei data breach**, la **formazione** di tutti i soggetti che hanno a che fare con i dati e la gestione e la direzione attraverso procedure per la amministrazione dei dati (Governance) da parte del Data Protection Officer.

Il DPO è l'interfaccia tra il titolare del trattamento e la struttura aziendale e, su terreno italiano, si sta rimettendo in auge il **registro del trattamento**, rifacendosi quindi a modelli interni che consentono di **tracciare** il trattamento, di **analizzare e difendere** i dati del cittadino e del paziente, lavorando a contatto con il titolare del trattamento medesimo.

Anche dal punto di vista sanitario, vista la digitalizzazione in atto, i vantaggi e i

rischi che essa comporta per il cittadino-paziente, risulta fondamentale per le aziende del settore strutturarsi per difendere i dati e far governare il processo da figure dedicate come il DPO. L'archivio cartaceo, vista la sua complessità legata all'estensione fisica, comporta difficoltà nel reperire le informazioni ma lo rende anche più facilmente difendibile rispetto a un archivio digitale, perché la digitalizzazione in un unico database fa sì che sia più facile che avvengano violazioni dei dati.

Il nuovo regolamento introduce il concetto della **privacy by default e by design** e quindi la necessità, per la gestione dei dossier sanitari, di lavorare molto sulla privacy by design (ossia le previsioni di trattamento e delle misure adeguate di sicurezza fin dal disegno sperimentale di uno studio ovvero dalla progettazione di una attività o atto aziendale), per far sì che i dati vengano lavorati da alcuni soggetti e non da altri, ad esempio dai medici e non dagli amministrativi.

Il nuovo regolamento porta in primo piano anche la **crittografia dei dati** così che, in caso di data breach, l'accesso non autorizzato avvenga su dati non open. In questo caso la privacy by design impone alle aziende sanitarie di programmare un investimento tecnologico volto alla criptazione dei dati per soddisfare le esigenze della privacy by default (ossia la protezione dei dati deve andar da sé in ogni processo strutturato, qualunque esso sia).

Emergeva comunque un atteggiamento culturale dal punto di vista istituzionale, chiaramente non condiviso, di svalutazione e poca considerazione del Consenso Informato, talvolta esercitato senza il reale coinvolgimento dell'interessato, burocraticamente una crocetta che velocizzava e semplificava la risoluzione della questione. Risulta evidente che si deve innanzitutto "fare cultura" e formare gli addetti ai lavori, e questo è un altro punto che l'Ordine dei Medici di Verona sta affrontando.

Molto interessante è stato l'intervento del colonnello **Marco Menegazzo** - comandante del Nucleo Speciale Privacy della Guardia di Finanza (corpo che svolge funzioni di polizia giudiziaria per conto del Garante) - il quale ha evidenziato che già in questo primo semestre vengono verificati i dossier

delle aziende sanitarie pubbliche e di quelle private che trattano dati sanitari. Ricordava che comunque già adesso le aziende che hanno subito data breach hanno l'obbligo di notificarlo (e infatti conosco casi di soggetti, che seguo, i quali hanno avuto data breach e che hanno comunicato gli accessi abusivi al sistema all'Autorità garante); sottolineava inoltre che il nuovo Regolamento, imponendo la crittografia dei dati e l'utilizzo di software che osservino la privacy by design, **non impone in ultima analisi la comunicazione del data breach**, perché i dati non sono leggibili, per cui il sopraccitato investimento sarà bilanciato dal fatto di non dover rendere noto il data breach, venendo così meno anche il problema mediatico di dover avvisare tutti gli interessati, con le conseguenti ricadute d'immagine. Faceva presente che tutti saremo sottoposti a questi investimenti per la sicurezza dei dati, visto che la norma impone **misure idonee**, e ciò comporta un cambio di mentalità e di cultura che si ottiene solo con la formazione e l'informazione.

Per quanto riguarda i dati sanitari nelle **RSA**, si tratta di dossier sanitari e, anche se non tutti se ne rendono conto, esiste un problema di fondo legato al fatto che spesso i database sono leggibili indifferente da tutti gli operatori. Le RSA saranno soggette a nominare anch'esse un DPO e provvedere alla sicurezza del dossier, si tratta di una svolta epocale che richiede investimenti mirati per la difesa del dato.

Non dobbiamo dimenticare che l'Autorità garante ha dichiarato che in fase di accertamento il primo quesito che viene posto è sulla governance: chi è il titolare, chi sono i responsabili e chi sono gli incaricati, fondamentale quindi un **organigramma certo**, che sottolinea la **centralità del DPO come competente interfaccia istituzionale, con ruoli e responsabilità** di chi tratta e garantisce la sicurezza. Riprendendo quanto detto sulla sicurezza nel trattamento dati, si può affermare che **le applicazioni sono il nuovo campo di battaglia della IT security**. A scattare la fotografia l'e-

dizione 2016 del Cyber Risk Report di Hewlett Packard Enterprise (HPE), che identifica le principali minacce alla sicurezza subite dalle aziende nel corso dell'anno passato.

Proteggere i dati in uso, a riposo e in transito, è un vincolo grazie al quale enti pubblici, aziende globali e organizzazioni europee possono rispettare gli obblighi previsti dal **Regolamento europeo per la Protezione dei Dati Personali (GDPR)**.

La diffusione delle tecnologie **cloud, Big Data e Internet of Things**, sta estendendo le aree potenziali di attacchi informatici, inducendo le organizzazioni a scegliere un **approccio data-centric** per garantire la protezione delle informazioni sensibili ed avere maggior controllo sui flussi di dati. In caso di violazione le capacità di tokenizzazione e cifratura crittografica end-to-end **rendono infatti i dati sottratti assolutamente inutilizzabili** da parte degli attaccanti, limitando in questo modo le ramificazioni di natura finanziaria, operativa e reputazionale.

ECM: proroga per chi ha totalizzato almeno 75 crediti

C'è un anno di tempo per mettersi in regola con la formazione obbligatoria **del triennio 2014-2016** per chi al **31 dicembre 2016 ha conseguito almeno 75 crediti ECM**. Lo rende noto la **Commissione Nazionale per la Formazione Continua** che ha così deliberato nella riunione del 13 dicembre scorso.

Per chi non ha adempiuto in modo completo agli obblighi ECM c'è ancora tutto il **2017** per formarsi e mettersi in pari con i **150 crediti** richiesti dall'obbligo formativo. La proroga permette di acquisire sino al **50% del**

punteggio complessivo (75 crediti al netto di riduzioni o esoneri).

Anche per il **triennio 2017-2019** saranno 150 i crediti da maturare, fatti salvi esoneri, esenzioni, ed eventuali altre riduzioni ma per chi si è **dimostrato virtuoso** sono previsti **meccanismi premianti**: la Commissione ha infatti previsto una riduzione di **15 crediti** per i sanitari che abbiano soddisfatto il proprio dossier formativo individuale, alla quale si sommano uno "sconto" di **30 crediti** per coloro che abbiano acquisito tra 121 e 150 crediti o di 15 crediti per un punteggio tra

80 e 120. Ricordiamo che la regolarità rispetto agli obblighi ECM è un requisito fondamentale per **retribuzione, carriera** e per **trovare impieghi**. Il raggiungimento degli obiettivi posti dall'obbligo formativo determina, infatti, gli **scatti contrattuali** dopo 5 e 15 anni oltre alla **selezione e la valutazione dei dirigenti di strutture complesse**. Ma non solo. Chi non è in regola rischia, infatti, l'**estromissione dall'Albo dei Medici Competenti** e di non poter ricoprire determinati incarichi in **Enti pubblici e nel privato accreditato**.

Dotarsi di credenziali: il primo impatto del giovane neolaureato con la burocrazia

Chi, giovane neolaureato, inizia l'attività medica ha da misurarsi con una serie di atti burocratici che gli permettano di poter agire come medico.

E dal momento che la prima attività nella quale si troverà ad agire sarà probabilmente quella di effettuare delle sostituzioni di medici di medicina generale, dovrà dotarsi delle credenziali che gli permettano di:

- 1) Credenziali per accedere alla prescrizione dematerializzata di farmaci, visite ed esami per il SSN.
- 2) Credenziali per poter compilare le certificazioni di malattia da inviare in via telematica tramite il sito del Ministero delle Finanze (MEF)
- 3) Credenziali per le certificazioni mediche introduttive per le domande per il riconoscimento di handicap, disabilità ed invalidità civile da inviare all'INPS tramite il sito dell'INPS stesso.
- 4) Credenziali per le certificazioni di infortunio sul lavoro da inviare sempre in via telematica ma questa volta all'INAIL.

Le certificazioni di malattia e quelle per infortunio sul lavoro riguardano anche il medico che effettua le prime guardie mediche nel servizio di continuità assistenziale che invece per le prescrizioni continua ad utilizzare il ricettario rosso. Per poter eseguire correttamente la propria attività il neolaureato deve quindi procurarsi 3 credenziali per l'accesso rispettivamente al sito del MEF, al sito dell'INPS ed al sito dell'INAIL.

Le procedure per fare questo sono più o meno complesse:

- 1) **credenziali di accesso al MEF:** vengono rilasciate per i propri iscritti direttamente dall'Ordine dei Medici di Verona, ma possono essere richieste anche all'azienda sanitaria locale dove si inizia la propria attività di sostituzione o di guardia medi-

ca; sono dette credenziali di medici censiti nell'Anagrafe Prescrittori del Sistema TS con la "specializzazione K" per differenziarli da quelle rilasciate ai Medici di Medicina Generale convenzionati, "Specializzazione F" ed ai Pediatri di Libera Scelta convenzionati, "specializzazione P". Queste credenziali oltre a permettere di effettuare certificati di malattia, permettono, come previsto dal documento della Regione Veneto "*Linee_Guida_Operative_Dema_Farmaceutica_2014-07.pdf*" (1) in attuazione del documento Ministeriale "*Progetto Tessera Sanitaria – Web Services*" (2), di stampare le ricette dematerializzate utilizzando gli NRE (codici della ricetta elettronica) del titolare che si sta sostituendo, previa opportuna configurazione dell'applicativo di cartella clinica. I medici "sostituiti" che non sono ancora in possesso di credenziali di accesso al sistema Tessera Sanitaria, fino a quando non le otterranno, devono utilizzare unicamente il ricettario cartaceo del SSN per effettuare le prescrizioni, apponendo la propria firma ed il proprio timbro a fianco di quello del titolare della convenzione.

- 2) **credenziali di accesso all'INPS:** per poter inviare i certificati introduttivi per il riconoscimento dell'invalidità civile, è necessario richiedere un pin dispositivo per medici certificatori. Il PIN può essere richiesto recandosi personalmente presso l'Agenzia locale dell'INPS con un documento di identità, la tessera di iscrizione all'Ordine dei Medici ed il modulo *AP110_rich_pin_med.pdf* (3) scaricabile dal sito dell'INPS, opportunamente compilato. Qualora si sia invece già in possesso delle credenziali INPS del cittadino, recandosi alla sede dell'INPS queste

verranno abilitate come "Dispositive per Medico Certificatore".

- 3) **credenziali di accesso all'INAIL:** è possibile effettuare la richiesta per l'attribuzione del "codice medico" di abilitazione ai servizi online INAIL per i medici esterni, necessario per la compilazione del certificato di infortunio sul lavoro e malattia professionale, recandosi personalmente alla sede locale dell'INAIL con il modulo scaricabile dal sito dell'INAIL *ucm_220206.pdf* (4) o inviando lo stesso modulo online.

Il modo più rapido per effettuare la procedura online è registrarsi al sito dell'INAIL utilizzando le proprie credenziali di accesso INSP tramite il link seguente: <https://www.inail.it/cs/internet/accedi-ai-servizi-online/registrazione-login/accedi-concredenziali-inps/altre-utenze.html> e utilizzare, per l'invio del modulo, il servizio InailRisponde disponibile nella sezione. Supporto del portale www.inail.it, utilizzando la categorizzazione "Prestazioni a tutela del Lavoratore – Assistenza ai servizi online – Registrazione ed autenticazione", allegando il modulo *ucm_220206.pdf* (4) debitamente compilato unitamente ad un proprio documento di identità.

GABRIELE DI CESARE

Riferimenti:

- 1) *Dematerializzazione della ricetta rossa. Specifiche tecniche ciclo prescrittivo/erogativo farmaceutico e specialistico in Regione del Veneto. Arsenal.it, Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digital.*
- 2) *Progetto Tessera Sanitaria, Web Services per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate (Decreto 2 Novembre 2011).*
Parte 1: Prescrizione Versione del 23.09.2016
- 3) *AP110_rich_pin_med.pdf: il modulo può essere recuperato ricercando con google la stringa "richiesta pin medico certificatore inps"*
- 4) *ucm_220206.pdf: il modulo può essere recuperato ricercando con google la stringa "ucm_220206.pdf"*

Legge di Bilancio 2017 e Decreto Legge 193/2016 collegato. Principali novità

NOVITÀ PER IMPRESE E PROFESSIONISTI:

- **AMMORTAMENTI:** proroga del maxi sconto per chi investe in beni strumentali. Viene prorogata anche nel 2017 la maggiorazione del 40% del costo fiscale di beni materiali nuovi acquistati (anche in leasing) da imprese e lavoratori autonomi. Sono agevolati tutti i beni strumentali nuovi, esclusi i veicoli e i mezzi di trasporto diversi da quelli utilizzati esclusivamente come beni strumentali nell'attività, i fabbricati e i beni con coefficiente di ammortamento inferiore al 6,5 per cento. Introdotto iperammortamento del 250% per alcuni beni materiali ad alto contenuto tecnologico funzionali alla trasformazione tecnologica e digitale.
- **IRES:** aliquota al 24% a partire dal 1 gennaio 2017.
- **COMUNICAZIONE TRIMESTRALE:** sostituirà lo spesometro annuale. Debutterà inoltre la comunicazione trimestrale dei dati delle liquidazioni periodiche Iva. Le doppie comunicazioni non incideranno sui termini di versamento dell'Iva mensile e trimestrale.
- **CERTIFICAZIONE UNICA:** il termine di invio è fissato al 31 marzo (prima era il 28 febbraio)
- **MODELLO UNICO (CIOÈ COMPRENSIVO DI DICHIARAZIONE DEI REDDITI E IVA)** viene sostituito da due modelli separati con scadenze di invio distinte. A partire dalle dichiarazioni del 2016 è previsto che le dichiarazioni Iva siano presentate autonomamente entro il mese di febbraio.
- **SALDI E ACCONTI IRPEF E IRAP** sono spostati dal 16 al 30 giugno.
- **PASSAGGIO DA 15.000 EURO AI 30.000,00 EURO PER DOMAN-**

DA DI RIMBORSO DELLE ECCELENZE A CREDITO IVA presentata attraverso dichiarazione annuale o modello trimestrale non gravata da oneri o adempimenti aggiuntivi (garanzie, visto di conformità).

NOVITÀ PER IMPRESE:

- **STRUTTURE RICETTIVE:** dal 2017 è concesso un credito di imposta del 65% in due quote per la riqualificazione delle strutture turistico-alberghiere (compresi gli agriturismi)
- **RIVALUTAZIONI:** nuova possibilità di rivalutare i beni d'impresa con l'imposta del 16% (12% per i beni non ammortizzabili). Per rivalutazione partecipazioni e terreni dei privati l'imposta è dell'8%.
- **OPZIONE IRI PER IMPRESE INDIVIDUALI E SOCIETÀ DI PERSONE IN CONTABILITÀ ORDINARIA:** dal 2017 viene prevista la facoltà di tassazione separata al 24% degli utili prodotti da imprese individuali e società di persone in contabilità ordinaria. La nuova imposta sul reddito IRI graverà con aliquota pari a quella dell'IRES cioè al 24% sul reddito trattenuto in azienda, mentre gli utili distribuiti ai soci verranno tassati in via ordinaria nel modello Unico. Il regime è opzionale, ha durata per cinque esercizi ed è rinnovabile.
- **INTRODUZIONE DEL CRITERIO DI CASSA PER LA DETERMINAZIONE DEL REDDITO D'IMPRESA** e della base imponibile dell'Irap delle imprese in contabilità semplificata. Tale regime sarà quello naturale per le imprese minori che non si avvalgono del regime forfettario, le quali se non intendono adottarlo potranno optare per quello in contabilità ordinaria.

NOVITÀ PER PROFESSIONISTI:

- **ALIQUOTA:** previdenziale dei lavoratori autonomi iscritti alla gestione separata Inps verrà ridotta nel 2017 al 25,72% (solo per i contribuenti non iscritti ad altra Cassa Previdenza)

NOVITÀ PER FAMIGLIE:

- **BONUS MOBILI:** proroga al 31 dicembre 2017 del bonus generale del 50% sull'acquisto (nei limiti di 10.000 euro di spesa) di mobili e di grandi elettrodomestici (sempre finalizzati ad arredare le abitazioni ristrutturate). Non è stata prorogata l'agevolazione bonus mobili (fino a 16.000) alle giovani coppie under 35.
- **F24 CARTACEO:** dal 3 dicembre 2016 le persone fisiche senza Partita Iva potranno pagare direttamente agli sportelli bancari o postali gli F24 cartacei di qualunque importo a patto che non contengano alcuna compensazione.
- **PROROGA BLOCCO AUMENTO TRIBUTI REGIONALE E COMUNALI:** a tutto il 2017 con eccezione della sola TARI (tassa rifiuti)
- **RISTRUTTURAZIONI:** sono stati prorogati fino al 31 dicembre 2017 tutti i bonus edilizi cioè quelli per intervento del recupero del patrimonio edilizio (pari al 50%) e per il risparmio energetico (detrazione Irpef ed Ires pari al 65%); la proroga è di cinque anni cioè fino al 31 Dicembre 2021 per la detrazione del 65% per interventi mirati al risparmio energetico su parti comuni di edifici condominiali. Per i lavori di messa in sicurezza antisismica i bonus fiscali crescono fino a raggiungere nella versione massima l'85% fino al 2021.

STUDIO COMMERCIALISTA ZANARDI
P.ZZA MUNICIPIO, 9 – 37050 ANGIARI VR
TEL. 0442 660245
E.MAIL: INFO@STUDIOZANARDI.COM

Dimagranti: al bando 40 principi attivi se usati in preparazioni galeniche

Un decreto pubblicato sulla Gazzetta del 2 gennaio 2017 vieta la prescrizione da parte del medico e l'allestimento da parte del farmacista di preparazioni magistrali a scopo dimagrante che contengano alcuni principi attivi.

Un'altra stretta di vite del Ministero della Salute contro le sostanze dimagranti ritenute pericolose per la salute.

In precedenti decreti del 2015 erano state bandite 10 sostanze il cui uso veniva vietato per le preparazioni galeniche ai fini dimagranti.

Con l'ultimo decreto datato 22 dicembre 2016 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 2 gennaio 2017, il Ministero amplia la rosa delle sostanze precluse al farmacista nelle sue preparazioni ai fini dimagranti ad altre 40 sostanze.

Il divieto riguarda, oltre all'allestimento, anche la prescrizione delle stesse da parte del medico.

Ecco i 40 principi attivi vietati se usati in preparazioni galeniche a fini dimagranti:

- sertralina;
- buspirone;
- acido ursodesossicolico;
- pancreatina f.u. ix ed.;
- 5-idrossitriptofano;
- te' verde e.s. caffeina;
- citrus aurantium e.s. sinefrina;
- fucus e.s. iodio totale;
- tarassaco e.s. inulina;
- aloe e.s. titolato;
- boldo e.s. boldina;
- pilosella e.s. vitex;
- teobromina;
- guaranà e.s. caffeina;
- rabarbaro e.s. reina;
- finocchio e.s.;
- cascara e.s. cascarosidi;
- 1-(beta-idrossipropil) teobromina;
- acido deidrocolico;
- bromelina;
- caffeina;
- cromo;
- d-fenilalanina;
- deanolo-p-acetamido benzoato;

- fenilefrina;
- fucus vesiculosus estratto secco;
- L-(3 acetiltio-2(S)-metil propionil)-L-propil-L-fenilalanina;
- senna;
- spironolattone;
- teobromina;
- L-tiroxina;
- triiodotironina;
- zonisamide;
- naltrexone;
- oxedrina;
- fluvoxamina;
- idrossizina;
- inositolo;
- L-carnosina;
- slendesta.

Il decreto specifica che è fatto divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti i suddetti principi attivi in combinazione associata tra loro e che è inoltre vietato ai medici di prescrivere e ai farmacisti di allestire per il medesimo paziente due o più preparazioni magistrali singole contenenti uno dei principi attivi sopra elencati.



VERONA MEDICA - Palazzo Vitruvio Cerdone - Via Locatelli, 1 - 37122 VERONA

TEMPO LIBERO

CERCO, OFFRO E SCAMBIO:
DEPENNARE LE VOCI CHE NON INTERESSANO

COGNOME

NOME

INDIRIZZO

TELEFONO

N° TESSERA ORDINE

Quanto sono “bianchi” i Codici bianchi?

Studio osservazionale retrospettivo sui codici verdi e bianchi all'uscita dal Pronto Soccorso in un campione di pazienti della Medicina di gruppo integrata di Nogara: numerosità, complessità, definizione e loro ricadute sulla Medicina Generale.

GIUSEPPE CRIVELLENTI

Medico di Medicina Generale,
Nogara, VR

VANNI ZANE

Medico di Medicina Generale,
Nogara, VR

ANNA ROSA MARCHETTI

Medico di Medicina Generale,
Villa Bartolomea, VR

Riassunto. Il fenomeno degli accessi impropri in Pronto Soccorso - in Italia definito come “codici bianchi” - è ubiquitario in tutti i paesi europei ed extraeuropei, con numeri che arrivano al 25 % in Italia, 30% in Francia e 35% in Norvegia. Le motivazioni sociali, culturali, mediatiche, psicologiche, tecnologiche, economiche che sono alla base di questo fenomeno, sono oggetto da anni di molte ricerche e ampi dibattiti. Ma nonostante ciò, da più parti la Medicina Generale viene accusata di non

saper contrastare l'abuso dei servizi di emergenza/urgenza per carenze culturali, strutturali e organizzative e viene portata avanti l'idea che una maggiore presenza dei medici di Medicina Generale, ad esempio nelle vari forme di aggregazione professionale, dia di per sé la garanzia di una riduzione degli accessi impropri. Ma su quali prove si basa questa convinzione?

Lo scopo di questa nostra ricerca è quello di analizzare in un campione, limitato ma significativo, la modalità di gestione dei “codici bianchi” in Pronto Soccorso, evidenziare l'asimmetria tecnologica e organizzativa tra il territorio e l'ospedale e quindi collocare il fenomeno nel giusto contesto e nelle sue corrette dimensioni.

PREMESSA

A.V. è un ragazzo di 15 anni. Si presenta in Pronto Soccorso per un

trauma distorsivo alla caviglia, con tumefazione, dolore, limitazione funzionale. Viene sottoposto alla visita per l'accesso in P.S., alla radiografia della caviglia, che non evidenzia fratture, alla visita ortopedica e al confezionamento di un bendaggio alla colla di zinco tibio-podalico. Viene assegnato un codice bianco. Il costo dell'accesso e delle prestazioni ammonta a 89.05 euro. Il caso presentato ha richiesto numerosi interventi, in tempo reale, comunque non differiti nel tempo (una visita specialistica, una radiografia, il posizionamento di un tutore). Ci chiediamo: **l'esempio descritto** e cioè la presenza di più prestazioni anche complesse, **rappresenta una eccezione o rappresenta invece la tipologia usuale di un codice bianco gestito in Pronto Soccorso?**

La domanda non pare di poco conto, in considerazione della numerosità di accessi definiti con codice bianco, delle ricadute sulla organizzazione sanitaria territoriale e ospedaliera e sui rapporti con la medicina di base.

IL CONTESTO NORMATIVO

La regione Veneto, con DGR n° 1868 del 15 novembre 2011, pubblicata sul BUR n°96 del 20 dicembre 2011, ha stabilito i criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso. In particolare l'allegato A stabilisce che devono essere classificati come “**codice bianco alla dimissione**” tutti gli accessi accolti con una classificazione di triage di ac-

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Data	Sesso	Età	Struttura ospedaliera	Visita specialistica	ECO/RX/ECG	Somministrazione cura	Esami del sangue	TAC	Momento dell'evento	Codice colore	Note
2	06/10/2015	Maschio	40-65	Regione Veneto		ECO/RX/ECG	Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
3	09/12/2015	Maschio	>65	Regione Veneto	Visita specialistica		Somministrazione cura	Esami del sangue		Diurno	Bianco	
4	14/12/2015	Maschio	>65	Regione Veneto	Visita specialistica		Somministrazione cura			Notturmo	Bianco	
5	15/12/2015	Maschio	>65	Regione Veneto	Visita specialistica		Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
6	04/01/2016	Femmina	40-65	Regione Veneto			Somministrazione cura			Notturmo	Bianco	
7	06/01/2016	Femmina	40-65	Regione Veneto			Somministrazione cura			Notturmo	Bianco	
8	07/01/2016	Femmina	40-65	Regione Veneto			Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
9	08/03/2016	Femmina	40-65	Regione Veneto		ECO/RX/ECG	Somministrazione cura			Notturmo	Bianco	
10	12/11/2015	Maschio	40-65	Regione Veneto			Somministrazione cura			Notturmo	Bianco	
11	18/01/2016	Maschio	>65	Regione Veneto			Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
12	08/01/2016	Maschio	40-65	Regione Veneto	Visita specialistica	ECO/RX/ECG	Somministrazione cura	Esami del sangue		Diurno	Bianco	
13	08/03/2016	Femmina	>65	Regione Veneto	Visita specialistica	ECO/RX/ECG	Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
14	07/09/2015	Maschio	40-65	Regione Veneto	Visita specialistica	ECO/RX/ECG	Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
15	22/02/2016	Femmina	>65	Regione Veneto	Visita specialistica	ECO/RX/ECG	Somministrazione cura	Esami del sangue		Notturmo	Bianco	
16	29/02/2016	Maschio	>65	Regione Veneto	Visita specialistica		Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
17	21/09/2015	Maschio	>65	Regione Veneto	Visita specialistica		Somministrazione cura	Esami del sangue		Diurno	Bianco	
18	04/12/2015	Maschio	40-65	Regione Veneto	Visita specialistica	ECO/RX/ECG	Somministrazione cura			Diurno	Bianco	
19	22/03/2016	Maschio	>65	Regione Veneto	Visita specialistica					Diurno	Bianco	
20	24/02/2016	Femmina	>65	Regione Veneto		ECO/RX/ECG	Somministrazione cura	Esami del sangue		Notturmo	Bianco	

I dati sono stati elaborati utilizzando le funzioni statistiche del programma Excel di Microsoft. Qui la griglia per la raccolta e l'inserimento dei dati.

cesso bianco o verde che NON rientrano in determinati parametri clinici di gravità (per l'elenco completo vedi in calce l'**Allegato**).

Tutti gli accessi classificati come "codice bianco alla dimissione" sono assoggettati al pagamento della quota fissa prevista e del ticket sulle prestazioni erogate.

MATERIALI E METODI

Abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo su tutti i referti di dimissione dal Pronto Soccorso registrati in un periodo di **7 mesi** - dal 01.09.2015 al 31.03.2016 - in una popolazione di **2850 assistiti**, facenti capo a due medici della Medicina Integrata di Nogara, ULSS 21. I dati sono stati estratti dalle schede individuali dei pazienti inserite nel programma gestionale Medico2000.

Nel nostro studio **abbiamo preso in esame solamente i codici bianchi e verdi**, registrando nella scheda predisposta per la raccolta dati: la sede del Pronto Soccorso (regionale o extra regionale), l'orario di accesso (diurno o notturno), l'età del paziente (> o < a 65 anni), la eventuale esecuzione di indagini come: esami ematochimici; prestazioni strumentali di primo livello: radiologia, ecografia, elettrocardiografia; o di secondo livello: TAC e consulenze specialistiche.

RISULTATI

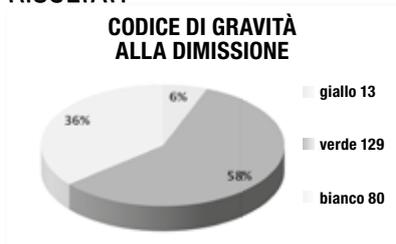


Fig. 1: Casistica: Nei 7 mesi di osservazione, sono stati registrati **222** accessi in Pronto Soccorso, dei quali 13 con codice giallo, 129 con codice verde e 80 con codice bianco. I codici bianchi rappresentano quindi, nella nostra casistica, il 36% degli accessi in Pronto Soccorso, i codici verdi poco oltre il 58% e i codici gialli meno del 6% del totale degli accessi.

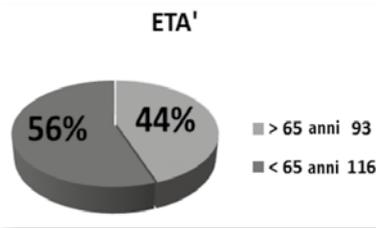


Fig. 2: Per quanto riguarda l'età dei soggetti che si sono recati in Pronto Soccorso, 93 (44,5%) hanno più di 65 anni e 116 (55,5%) sono di età compresa tra 18 e 65 anni.

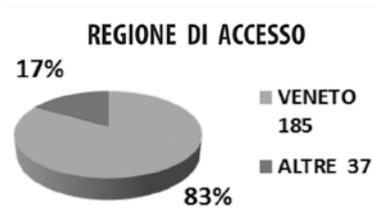


Fig. 3: In 37 casi è stata scelta una struttura fuori regione (17,7%) mentre nel 82,3% ci si è rivolti a strutture regionali con prevalenza, naturalmente, delle strutture della ULSS 21.

È opportuno osservare che il comune di Nogara dista solo 15 km dal presidio ospedaliero lombardo di confine e 25 km dal Pronto Soccorso di Legnago.

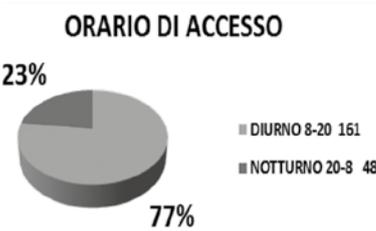


Fig. 4: Per quanto riguarda l'orario di accesso, in 48, cioè il 22,97%, l'accesso è avvenuto dalle ore 20 alle ore 8, mentre in 161 casi l'accesso è avvenuto tra le 8 e le 20, cioè nel 77,03%.

In 21 casi (26,25%) l'accesso notturno riguarda i codici bianchi, in 27 casi (21%) si tratta di un codice verde.

Quanta differenza c'è tra i codici bianchi e verdi?

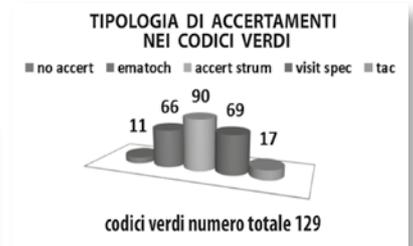


Fig. 5: Nei codici verdi, una visita specialistica è stata eseguita in 69 casi (53,49%) un esame strumentale in 90 casi (69,77%), gli ematochimici in 66 casi (51,16%), un esame strumentale di secondo livello (TAC) in 17 casi (13,18%)

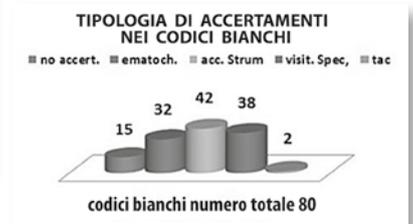
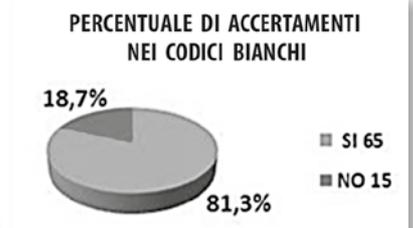


Fig. 6: Per quanto riguarda i codici bianchi, in 32 casi sono stati eseguiti ematochimici (40,00%), in 42 casi accertamenti strumentali (52,50%), in 2 casi un esame strumentale di secondo livello (TAC), in 38 casi una visita specialistica (47,5% dei casi).

Come prevedibile, i codici verdi registrati nel nostro studio hanno richiesto l'esecuzione di ulteriori accertamenti nella quasi totalità dei casi (91%), ma il dato rilevante è che **anche nei pazienti dimessi con codici bianchi, i cosiddetti accessi impropri, sono stati eseguiti esami ematochimici o strumentali o visite specialistiche in ben l'81,3% dei casi.**

DISCUSSIONE

Da molti anni si parla dei codici bianchi, identificati tout court come accessi impropri nelle strutture di Pronto Soccorso, responsabili dell'affollamento dei dipartimenti di emergenza e onerosi dal punto di vista economico e si invoca una maggior presenza della medicina del territorio per intercettare questi pazienti. Ma la Medicina Generale può realmente contrastare questo fenomeno?

Lo scopo di questa ricerca è duplice: quello di rispondere con la chiarezza dei numeri alle critiche che da più parti vengono mosse di una sostanziale inefficienza e latitanza dei medici di Medicina Generale, sia singoli che nelle forme più evolute dei vari modelli delle medicine di gruppo (toscano, romagnolo e, ora, veneto) nel contrastare i troppo numerosi accessi impropri, nonché **dimostrare l'inadeguatezza dell'assunto di considerare l'attribuzione del codice bianco come giudizio di accesso non appropriato.**

Perché i cittadini continuano ad andare in Pronto Soccorso anche per problemi "non urgenti"?

L'analisi delle determinanti degli accessi inappropriati si è finora concentrata da un lato, sulle aspettative e i comportamenti dei pazienti e, dall'altro, sulle caratteristiche funzionali e organizzative della Medicina Generale.

Poche ricerche hanno finora indagato statisticamente la modalità di gestione dei codici bianchi e verdi nella realtà del dipartimento d'emergenza, come concausa della persistenza del fenomeno.

IL PUNTO DI VISTA DEI PAZIENTI

Analizzando i risultati di vari lavori in letteratura che hanno indagato le opinioni e le aspettative dei pazienti, possiamo affermare che i principa-

li motivi addotti a giustificazione del ricorso al Pronto Soccorso (Lega-Mengoni 2008), sono principalmente: una percezione distorta della gravità/urgenza del proprio problema, la possibilità di ricevere in breve tempo un consulto specialistico e/o un esame strumentale, una scarsa fiducia nella Medicina Generale e ad una insoddisfazione per i suoi orari di apertura.

In genere i pazienti si recano in Pronto Soccorso spontaneamente, senza preavvisare il medico che viene informato - e non sempre - solo a posteriori⁶⁻⁷⁻⁸. Nella nostra casistica viene privilegiata la struttura dell'USL di appartenenza, ma 1 su 5 si rivolge a strutture della regione confinante, la Lombardia, che esercita una potente attrattiva per la vicinanza e per la qualità percepita dei servizi offerti.

L'orario degli accessi al Pronto Soccorso nel nostro campione è in linea con altre ricerche esistenti e conferma il maggior ricorso in orario diurno (8-20) quando il Pronto Soccorso mette più facilmente a disposizione il suo potenziale tecnologico e tutti i servizi di consulenza sono facilmente disponibili.

Il pagamento del ticket non appare un deterrente efficace: nella nostra casistica, almeno nei codici bianchi e verdi (fig. 2), prevalgono i soggetti sotto i 65 anni (55,4%) in età lavorativa e in maggioranza non esenti ticket, non la parte di popolazione più anziana e malata. Questi soggetti più "giovani" non accettano di sottostare ai percorsi usuali di attesa ma chiedono risposte veloci ed esaustive come solo la conferma tecnologica può dare, anche se viene richiesta una compartecipazione alla spesa.

Non abbiamo volutamente indagato le opinioni dei pazienti in merito alla percezione di effettivo bisogno di assistenza immediata né alla fiducia nel proprio medico personale, perché già oggetto di altre ricerche⁶⁻⁷⁻⁸ che portano alla conclusione che **il paziente si rivolge al Pronto Soccorso anche se ha fiducia nel proprio medico.**

Il modello organizzativo della medicina territoriale è adeguato alle attuali richieste del cittadino?

La medicina di gruppo di Nogara dopo tre anni di attività non sembra aver ancora modificato in modo inci-

sivo i comportamenti degli assistiti: il fatto che dalle ore 8 alle ore 20 sia presente in una sede definita, in maniera organizzata, logisticamente vicina, un medico di medicina di base disponibile ad occuparsi di problematiche che riguardano tutti i pazienti, non è sufficiente a renderla concorrenziale col Pronto Soccorso. Come illustrato nella fig. 4, i dati della nostra ricerca confermano picchi di accesso al PS negli orari diurni, quando gli studi dei medici sono aperti e disponibili.

Questo dato, peraltro già evidente in altre analoghe esperienze⁶⁻⁷⁻⁸⁻¹¹, dovrebbe disinnescare la polemica sulla scarsa presenza della medicina di base sul territorio che, per quanto ben organizzata, non può esprimere la tecnologia di un Pronto Soccorso e soddisfare l'aspettativa fideistica dei pazienti negli esami e nella tecnologia.

La possibilità di avere "subito" una diagnosi con il conforto di una conferma strumentale o ematochimica o specialistica in tempo reale, domina l'immaginario collettivo e rende incolmabile il gap tra la medicina di base, per quanto organizzata e per quanto presente, ed una struttura di Pronto Soccorso.

L'attuale definizione dei codici è adeguata a identificare l'inappropriatezza?

La stima della entità del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, in letteratura, trova valori assai variabili che dipendono dai diversi modi di identificare i pazienti o le situazioni cliniche che potrebbero aver avuto sbocchi alternativi. **Se l'inappropriatezza viene definita come mancanza di urgenza del trattamento (in entrata)**, le stime di studi europei evidenziano una media di circa il 30% di visite non urgenti. **Qualora invece l'inappropriatezza venga definita dal colore del triage medico all'uscita**, i risultati sono variabili a causa delle diverse definizioni del triage, con valori di inappropriatezza più elevati, dal 40 fin anche all'80% dei casi.

Su questa linea si pone la normativa della regione Veneto, che individua una serie dettagliata di situazioni che, quando si verificano oppure quando non si verificano, determinano il colore del triage in uscita. Se esaminiamo l'iter diagnostico nei codici bianchi e in

egual misura nei codici verdi non traumatici, **la sola visita medica esaurisce l'iter diagnostico solo nel 18% dei casi.** In tutti gli altri casi il ricorso ad accertamenti ematochimici, strumentali e specialistici è massiccio.

Cioè, in un contesto definito di assoluta non urgenza vengono espletati esami in urgenza. Questa situazione configura una disparità di trattamento notevole a seconda che il soggetto si trovi ad essere in un ambulatorio sul territorio oppure in un Pronto Soccorso. **Significa che l'accesso in Pronto Soccorso viene definito inappropriato dopo un iter che non rispetta le regole di appropriatezza temporale (sorvoliamo sull'appropriatezza clinica), richieste nell'ambito della medicina del territorio.**

Oppure, il quadro si presenta complesso e merita, **all'ingresso, un colore di codice diverso, verde o giallo, che diventa miracolosamente bianco** dopo una serie di accertamenti, ritenuti necessari per definire il quadro clinico. In questo caso non è corretto definire inappropriato l'accesso in Pronto Soccorso.

Rimangono solo un 18% di accessi che non richiedono accertamenti (fig. 6) e che potrebbero essere espletati con tranquillità dalla medicina di base. Questi numeri ci sembrano più corretti.

I nostri dati dimostrano che i pazienti che accedono al Pronto Soccorso in condizioni cliniche che non configurano un pericolo di vita in atto e neppure una situazione clinica urgente, vengono definiti come codici bianchi o verdi alla dimissione dopo una serie, nella quasi totalità dei casi, di accertamenti ematochimici, strumentali e specialistici eseguiti in tempo reale.

CONCLUSIONI

La Regione Veneto nel 2011 ha normato la definizione e scelto il colore del triage in uscita per definire il grado di appropriatezza dell'accesso al Pronto Soccorso e di conseguenza, il pagamento del ticket. Questa definizione di criteri precisi e circostanziati si era resa necessaria per la grande valenza che un Pronto Soccorso esercita in termini di efficienza del sistema sanitario, per organizzare in

qualche modo un iter di garanzia per la definizione di una diagnosi e ridurre il margine di discrezionalità del medico di Pronto Soccorso, con le conseguenti implicazioni economiche.

Attraverso quali e quante procedure si arrivi a determinare il codice in uscita rappresenta il fulcro della nostra ricerca.

Dai nostri dati si ricava che **solo in pochi casi l'iter viene definito attraverso la sola visita di accesso.** In tutti gli altri si ricorre ad accertamenti ematochimici e clinico-strumentali, utilizzando in tempo reale la tecnologia esistente in loco o diffusa in tutti i reparti dell'ospedale al quale il Pronto Soccorso è aggregato.

Questo significa che, almeno alla presentazione, il quadro clinico non è chiaro e richiede accertamenti, oppure che gli accertamenti eseguiti, nonostante un quadro clinico non problematico, non sono appropriati. Nel primo caso, risulta evidente che l'accesso non può essere considerato inappropriato. Nel secondo caso si apre un problema di "eccesso di accertamenti" e "medicina difensiva" che si ripercuotono negativamente su tutto il nostro sistema sanitario e non educano il cittadino al buon uso del servizio di emergenza-urgenza.

Non sembra quindi corretto utilizzare il numero di codici bianchi in uscita, così come sono definiti dalla normativa, per accusare di scarsa efficienza la medicina di base. Solo una piccola parte di essi, come abbiamo evidenziato, può essere ricondotta ad una gestione ambulatoriale.

I casi rilevati nel nostro studio sicuramente "bianchi" e "sfuggiti" alla Medicina Generale sono alla fine del periodo, solo 15. Per due medici e per sette mesi. Un caso al mese.

Un po' poco per definire inadeguata e latitante la Medicina Generale.

BIBLIOGRAFIA

1. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. (2004), Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care, *Academic Emergency Medicine*, 11 (12): 1302-10
2. Agenas. Suppl. al n° 32/2013 di Monitor: ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI
3. Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O (1987), Trial of a method of reducing inappro-

4. Lang T, David A, Diakité B, Agay E, et al. (1996), Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?, *Journal of Epidemiol Community Health*, 50: 45-62
5. Lega F, Mengoni A (2008), Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications, *Health Policy*, 88: 326-38.
6. Lodde M. Laura: GLI ACCESSI "IMPROPRI" AL PRONTO SOCCORSO E IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE - Scuola Regionale di Formazione in Medicina Generale. Tesi di laurea - 2010
7. Longhi P.: IL PROBLEMA DEGLI ACCESSI IMPROPRI AL PRONTO SOCCORSO E LA RISPOSTA DEL TERRITORIO: dalla legge regionale alla realtà nell'AFT di Nogara - ULSS21. Scuola Regionale di Formazione in Medicina Generale. Tesi di laurea - 2015
8. Nati G. et al. Il management dei codici bianchi e verdi da parte dei medici di Medicina Generale in un Pronto Soccorso di Roma: lo studio MAPS. Rivista SIMG n.3 giugno 2010
9. Rocco S, Fusello M Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso Emergency Care Journal, anno IV - numero VI, Dicembre 2008 - www.eci.it
10. Sempere-Selva T, Peirò S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, López-Aguilera I (2001), Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associate factors and reasons, *Ann Emerg Med*, 37: 568-79
11. Tombesi M - Codici bianchi/verdi: tra Pronto Soccorso e Medicina Generale, articolo pubblicato sul sito Partecipasalute: http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/1850

ALLEGATO:

DGR n° 1868 del 15 novembre 2011, pubblicata sul BUR n°96 del 20 dicembre 2011 ha stabilito i criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso. In particolare l'allegato A stabilisce che devono essere classificati come "codice bianco alla dimissione" tutti gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso bianco o verde che NON rientrano tra i seguenti: 1. esitati con proposta di ricovero in ospedale; 2. che abbiano determinato una sosta in Osservazione Breve Intensiva di durata superiore a 4 ore; 3. conseguenti a traumatismi che abbiano determinato una frattura, una lussazione, una ferita che abbia richiesto sutura o applicazione di colla biologica o una distorsione che abbia richiesto applicazione di apparecchio gessato; 4. conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità; 5. conseguenti a ingestione/inalazione di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale; 6. conseguenti a intossicazione

acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 o 2 del presente elenco; 7. che abbiano rilevato condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza; 8. derivanti dall'invio in Pronto Soccorso da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale con una esplicita richiesta di ricovero ospedaliero e come tali sostitutive di un ricovero evitabile. Sono inoltre classificati come codice bianco alla dimissione tutti i pazienti, con qualsiasi classificazione di triage di accesso, che autonomamente lasciano il Pronto Soccorso prima della chiusura dell'accesso....

Gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso bianco o verde che rientrano tra quelli previsti ai precedenti punti da 1 a 8 devono essere classificati "codice verde alla dimissione"... Tutti gli accessi classificati come "codice bianco alla dimissione" sono assoggettati al pagamento della quota fissa per l'accesso e del ticket sulle prestazioni erogate.... Tali criteri sono stati aggiornati con l'**ALLEGATO A alla Dgr n. 1513 del 12 agosto 2014**, che conferma gli 8 punti previsti in precedenza, con l'aggiunta di altre due condizioni (in grado di escludere un codice bianco, ndr): " 9.

relativi a vittime di eventi riconducibili ai reati di cui ai seguenti articoli del Codice Penale..... 10. conseguenti ad una complicità di un intervento chirurgico eseguito entro i 30 giorni antecedenti la data dell'accesso, esclusivamente nei casi in cui non sia possibile l'accesso diretto del paziente al reparto che ha eseguito l'intervento ed esclusi i casi in cui l'accesso avvenga in difformità rispetto alle indicazioni fornite dallo specialista consultato dal paziente..." per il resto, l'allegato si occupa della applicazione della quota di accesso e della compartecipazione alla spesa.

La UOC di otorinolaringoiatria ed i Medici di famiglia insieme per la tutela della salute dei veronesi

DANIELE MARCHIONI

*Direttore UOC ORL
AOUI di VERONA*

Il Medico di medicina generale (medico di base o di famiglia) ed il Pediatra di libera scelta, insieme alle strutture ospedaliere, sono da sempre le figure centrali dell'assistenza sanitaria.

Il ruolo strategico nell'assistenza sanitaria dei Medici e dei Pediatri di Famiglia, permette un diffuso benessere in termini di salute e produttività dei cittadini con lo sviluppo di una moderna e progredita società.

Questo avviene con l'adozione di appropriate metodologie diagnostiche e terapeutiche, con l'impiego di efficaci strumenti nella pratica professionale e attraverso una adeguata informazione ai cittadini per una partecipazione consapevole al sistema sanitario e per la fruizione delle prestazioni negli ambiti dei programmi di prevenzione,

cura e riabilitazione. Solo la collaborazione stretta e l'interscambio continuo tra medici di famiglia e le strutture ospedaliere ed universitarie mediche del territorio consentono di sviluppare programmi sanitari adeguati, con un unico traguardo che è quello del benessere del cittadino che alla Sanità veronese ancora si rivolge con fiducia. Per attuare questi programmi nell'ambito delle patologie di competenza otorinolaringoiatrica è indispensabile che il medico ed il pediatra di famiglia conoscano la struttura ospedaliera di riferimento, la UOC di Otorinolaringoiatria dell'AOUI di Verona e possano sapere come accedere ad essa collaborando e condividendo le scelte terapeutiche dei pazienti che essi stessi inviano alla struttura: è pertanto doveroso presentare ai medici di famiglia la struttura, le modalità di consultazione e di partecipazione attiva al trattamento dei pazienti che accedono alla struttura.

In due anni, da quando il Prof. Daniele Marchioni, ha assunto la direzione della UOC di otorinolaringoiatria di Verona, la Clinica si è completamente rinnovata, divenendo centro di riferimento per il trattamento della patologia complessa tumorale della testa e del collo e della base cranica e per la chirurgia riabilitativa bionica delle sordità anche in pazienti con malformazioni rare.

Tra i particolari campi di eccellenza la clinica otorinolaringoiatrica è centro di riferimento internazionale per la chirurgia mininvasiva esclusiva endoscopica delle lesioni dell'orecchio medio, dell'orecchio interno e della base cranica e di recente con l'introduzione della tecnica anestesologica "Jet ventilation", anche per interventi su patologie laringo-tracheali, prima non effettuabili o attuabili solo mediante tecniche estremamente complesse e rischiosissime.

Altro campo di eccellenza è rappre-

sentato dalla chirurgia endoscopica avanzata nasale e naso- sinusale della base cranica anteriore; tale chirurgia permette l'asportazione di lesioni tumorali maligne e benigne che sono localizzate alle meningi e alla fossa cranica media attraverso le narici, permettendo anche in questo caso interventi più conservativi e meno invalidanti rispetto alle tecniche tradizionali.

La UOC riceve regolarmente numerosi specialisti stranieri come osservatori della tecnica chirurgica endoscopica che ha permesso un indiscusso avanzamento nel trattamento di patologie particolarmente insidiose come il colesteatoma e il neurinoma dell'acustico, con l'esecuzione di interventi sempre più mirati e meno invasivi, riducendo la morbilità intra- e post-operatoria.

La rinnovata UOC di ORL diventa quindi punto di riferimento del trattamento delle patologie complesse dell'osso temporale, della base cranica anteriore e laterale, e dei tumori avanzati della testa e del collo, grazie anche alla sinergia ed alla collaborazione con altre specialistiche di rinomata eccellenza operanti nella Azienda ospedaliera-universitaria integrata di Verona quali la maxillo-facciale, la neurochirurgia e la chirurgia gastroesofagea.

Questo perché la filosofia e l'impostazione multidisciplinare attuale alla base di tali collaborazioni permette il trattamento della patologia complessa in multi-equipe garantendo pertanto il massimo livello di prestazione professionale con il minimo rischio per il paziente.

Altro punto di forza è rappresentato dalla attività chirurgica di rieducazione uditiva mediante impianti cocleari nel bambino e nell'adulto, con particolare attenzione alle ultime tecniche endoscopiche assistite di estrema utilità nel caso di malformazioni complesse che interessano l'orecchio medio e interno.

Per rispondere sempre al meglio alle necessità assistenziali dei pazienti la UOC è stata strutturata in **ambulatori di riferimento**, dove i pazienti trovano gli specialisti ORL con le competenze più avanzate e aggiornate.

I principali ambulatori sono:

1) l'ambulatorio di riferimento inte-

grato multidisciplinare della base cranica (in collaborazione con i dipartimenti di Neurochirurgia e Maxillo-facciale);

- 2) l'ambulatorio di riferimento integrato multidisciplinare oncologico della testa e del collo (in collaborazione con il dipartimento di oncologia e Maxillo-facciale);
- 3) l'ambulatorio di riferimento per la patologia ipofisaria (in collaborazione con i dipartimenti di Medicina Generale ed Endocrinologia, Neurochirurgia e Neuroradiologia);
- 4) l'ambulatorio di riferimento di Audiologia Avanzata e del Centro Regionale specializzato per la chirurgia e la riabilitazione bionica dell'udito.

Presso la UOC di ORL viene inoltre effettuata la valutazione clinica ed endoscopica-strumentale dei disturbi deglutitori e della respirazione nasale ed olfattoria.

Agli ambulatori di riferimento multidisciplinari oncologici è previsto l'accesso ai medici di famiglia che ne facciano richiesta per discutere e condividere il trattamento migliore per il loro paziente, con l'indubbio vantaggio di consentire allo specialista di accedere immediatamente alle conoscenze più complete della condizione generale dell'assistito.

La UOC di ORL è dotata di **una sala multimediale, in collegamento 24 ore su 24 con le sale operatorie**, dove è possibile per chiunque in qualunque momento vedere in diretta l'intervento in corso.

L'accesso è aperto (su prenotazione per motivi organizzativi) ai medici di famiglia che possono così partecipare alla chirurgia del loro paziente, data la possibilità di interagire con il chirurgo mediante collegamento non solo video, ma anche sonoro. Questa possibilità, offerta al momento solo dalla UOC di ORL di Verona, è sicuramente un passo importante per la collaborazione tra medici di famiglia e medici ospedalieri, che possono così condividere il trattamento del paziente ognuno per le proprie competenze.

Il paziente deve essere sempre il centro della nostra attenzione, e gli sforzi professionali dovranno sempre più concentrarsi, in particolare, nel tratta-

to della patologia tumorale complessa di confine che richiede, per definizione, una gestione multidisciplinare, compreso il medico di famiglia, che deve essere sempre messo in condizione di poter accedere alla struttura ospedaliera, nella gestione del paziente che nessuno conosce meglio.

Per le informazioni pratiche relative agli ambulatori ed all'attività assistenziale in generale della UOC di ORL si rimanda ai seguenti siti:

<http://www.orkverona.it>

https://www.ospedaleuniverona.it/ecm/home/per-il-paziente/unita-operative/content/otorinolaringoiatria.0000.OSPVE-UO-212_93101.

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)

Infermieri, Algoritmi e Robot al posto dei medici?

Le esigenze del potere e la rinnovata urgenza del mai tramontato messaggio ippocratico.

In un recente articolo del NEJM Thomas Bodenheimer (Center for Excellence in Primary Care, University of California San Francisco) e Laurie Bauer (School of Nursing, UCSF), sostengono che il futuro della primary care negli Stati Uniti sarà dominato dagli infermieri con competenze particolari che li avvicinano molto ad un medico di medicina generale, i cosiddetti *nurse practitioner*.

A questi professionisti della salute se ne affiancheranno altri, i *registered nurse*, che assumeranno il ruolo di veri e propri manager della salute per quell'esercito di 150 milioni di cittadini statunitensi affetti da patologie croniche.

A questa ipotesi si può collegare un'altro ragionamento ricorrente tra i cultori dell'intelligenza Artificiale in MG. Nel giro di 5-10 anni una discreta parte degli anatomici, radiologi e dermatologi potrebbe essere sostituita dai progressi galoppanti del riconoscimento automatico delle immagini. In effetti già oggi alcuni software gestiti ad esempio da Facebook e Google fanno impressione: riconoscono sia una faccia da una non-faccia sia il proprietario di quella faccia. Una variante del software di FB è già da mesi usato dai vari corpi di polizia.

Che cosa hanno in comune le competenze e la mansione di non pochi infermieri con gli algoritmi dei software dell'Intelligenza Artificiale? Il fedele rispetto di procedure operative, passo-passo, rispetto ai comandi impliciti o espliciti di Pianificatori sanitari o programmatori elettronici, ai livelli internazionali, nazionali o regionali.

I Medici in genere sono più "devianti" rispetto alle procedure; più intrisi di soluzioni personali complesse, più astratte e a volte più creative. In secon-

do luogo i medici ed i medici generalisti in particolare, basano spesso la loro professione non tanto sulle procedure pratiche passo-passo, ma sulla comprensione distaccata, sulla *watchful waiting* (l'attesa vigile), sulla relazione. Insomma in un'epoca di telematica e globalizzazione basata sulla centralizzazione del potere sembra che il potere economico-industriale preferisca al posto del mediatore culturale, il medico, agenti umani o computerizzati che usino procedure e prodotti controllati, controllati da loro. E sembra che a sua volta il potere politico voglia sostituirci perché vuole affidare a se stesso le abilità relazionali e quelle di "intelligenza del sistema": ed ecco perciò crescere il potere dei grandi database centralizzati e del "machine learning" (le macchine che auto-imparano e auto-decidono, ma sempre sotto il diretto controllo di poteri centralizzati).

E comunque la stessa sorte potrebbe capitare agli stessi infermieri: una volta sostituita la professione medica con un meno costoso impiego di infermieri a cui siano destinate procedure algoritmiche sarà facile predire che anche essi saranno sostituiti, con l'abbassarsi dei costi di software, database e robot. Comunque è inutile negarlo. I sistemi artificiali tipo Watson saranno in grado di diagnosticare ed individuare terapie al livello dei medici di competenza medio-alta. Non pochi lavori "specialistici" medici saranno sostituiti entro 5-10 anni.

Però, però... al moltiplicarsi delle diagnosi e delle indicazioni terapeutiche robotizzate, crescerà a dismisura l'ansia dei pazienti e la necessità di figure generaliste ma anche specialistiche, con mentalità disponibile al modello bio-psico-sociale e alla soluzione di problemi aperti e complessi, che orientino questa neo-giungla di nuove diagnosi e che esprimano simpatia e "presa in carico".

Ricordiamoci sempre che una nuova

diagnosi "brillante" di un medico o di Watson o Google anche nel 3016 per i pazienti sarà una fregatura. E ricordiamoci pure che buona parte delle magnifiche nuove terapie che Watson suggerirà saranno impraticabili (vedi ad esempio: terapia per l'epatite C).

Ma qui voglio segnalare un preoccupante paradosso: proprio quando avviene che il medico viene superato dai computer-big-data nelle capacità logiche, proprio ora si selezionano gli ingressi in medicina, in specializzazione e persino in Medicina Generale con test robotizzati.

Essi così danno un pericoloso imprinting agli studenti: "per affermarsi conta solo ciò che è robotizzato". Seguendo questa logica si farà in modo che conterà sempre meno il prendersi cura ed il guidare il paziente con dolcezza. E la propensione "generalista" e relazionale così verrà penalizzata. Si tratta di un tragico errore: selezionare medici-robotizzati, dei simil-robot di serie B, che a breve saranno surclassati dai veri robot, mentre sempre più emerge la necessità di medici che siano in grado di gestire funzioni di cui algoritmi e robot sono incapaci: sensibilità e abilità relazionali e di navigazione delle complessità. Vi è solo un'ancora di salvezza. Ritornare all'antico ulivo millenario: la professione ippocratica, indipendente da merci, poteri centralizzanti e globalizzanti.

Ippocrate 2400 anni fa ci insegna il legame fondamentale della malattia con il "tutto", inteso come complessità, come contesto di vita familiare o ambientale. Ciò contrasta le linee monodimensionali delle procedure passo-passo e degli algoritmi, che non poche volte rischiano di causare una visione a tunnel, a para-occhi.

Invece, l'ulivo ippocratico continua ad avere antiche radici sempre più ampie e vitali e sempre nuovi frutti e nuove rinnovate "foglie", grazie a moderni legami interdisciplinari, attraverso l'integrazione di discipline fondamentali: moderna etica, epidemiologia orientata all'ambiente e alla società, antropologia, psicologia, neuroscienze, story telling di casi familiari, nonché analisi sistematiche di testi letterari e opere teatrali e filmiche che richiamino mondi valoriali mai tramontati.

FRANCESCO DEL ZOTTI
MMG VERONA

Storia dei registri tumori

I Registri tumori sono nati dalla iniziativa spontanea di singoli clinici, patologi, epidemiologi e medici della sanità pubblica. Il primo registro tumori italiano generale a entrare in attività è stato quello di Varese, istituito nel 1976, seguito subito da dopo da quello di Parma.

Nel 1996 è nata l'AIRTUM, l'associazione italiana dei registri tumori, con l'intento di coordinare e promuovere le attività dei singoli registri tumori.

Il 13 dicembre 2012 è stata approvata la legge istitutiva della rete nazionale dei Registri tumori grazie alla conversione del **DL 179/2012**

All'art. 12 il decreto legge contiene le norme che istituiscono il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e i sistemi di sorveglianza nel settore sanitario (Registri di mortalità, di tumori, di altre patologie e di trattamenti) ai fini di "...prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita". L'AIRTUM, che ha creato e alimenta una banca dati comune interrogabile via web attraverso la procedura ITACAN, rende disponibili dati reali e produce stime nazionali per i seguenti indicatori:

- Incidenza (i nuovi casi di tumore che insorgono in un territorio ogni anno),
- Prevalenza (il numero delle persone che convivono con un tumore in Italia),
- Sopravvivenza (delle persone che convivono con un tumore),
- Mortalità (i decessi per tumore in un territorio ogni anno).

Nel 2014 in Italia risultano inclusi in AIRTUM attivi 45 Registri tumori che

coprono complessivamente oltre il 52% della popolazione

Perché sia utile ed efficace il registro deve coprire una fetta di popolazione sufficiente, deve usufruire di un sistema di comunicazione dei dati sicuro, rapido, completo e libero. È infine necessaria la validazione della IARC. La collaborazione tra strutture periferiche e centrali è fondamentale ed è la misura della capacità del registro di essere utile per la prevenzione. L'epidemiologia si accorge dei danni quando questi sono già stati fatti ma è indispensabile per la prevenzione di danni futuri.

VENETO, IL CASO DEI PFAS ED I REGISTRI TUMORI

Nel 2013 la Regione trasferisce il Registro Tumori del Veneto (RTV) dall'Istituto scientifico Oncologico Veneto (IOV) con sede a Padova, al Sistema Epidemiologico Regionale (SER) con sede a Thiene (VI). (rif. DGR 14/2011). Questa decisione è discutibile per molte ragioni.

La prima è che il SER è una struttura autonoma alle dirette dipendenze della Direzione regionale sanità, una funzione regionale di coordinamento che non può essere titolare del trattamento di dati personali in ambito sanitario, in osservanza della legge sulla Privacy. Il Regolamento regionale di funzionamento del RT Veneto quindi, a differenza di quello nazionale vincolante per tutti i Registri Tumori italiani prevede il consenso informato dei pazienti oncologici per il monitoraggio dei loro dati, fatto che impedisce il funzionamento tecnico-scientifico dello stesso, che invece si basa essenzialmente sull'utilizzo informatico di dati contenuti nei flussi informativi già disponibili.

Nonostante tutto questo la decisione viene presa e non se ne capisce la ragione vera. La qualità dell'operato dell'Istituto Oncologico era stata eccellente, era già nella sede più adatta, il personale già rodato e con progetti in corso. Semmai era il caso di trovare il modo di estendere il territorio tenuto

sotto controllo, essendo coperta solo la metà della regione. Per esempio due fra le aree più industrializzate e inquinate del Veneto, entrambe in provincia di Vicenza non sono incluse; si tratta dell'ULSS4, proprio quella che dovrà gestire il RTV, e dell'ULSS5, dove ha sede il polo conciaro di Arzignano e dintorni.

IL CASO PFAS, LA COMUNICAZIONE DEI DATI IL RTV, IL SER,

Nel caso dei PFAS si sono visti i limiti del RTV. La documentazione presentata alla conferenza stampa del 22.7.2016 dal Registro Tumori del Veneto (RTV) e dal Sistema Epidemiologico Regionale (SER) relativa allo stato di salute della popolazione esposta ai PFAS. (comunicato stampa N° 1006 del 22/07/2016 della Regione Veneto) dice che: " Sul piano oncologico ed epidemiologico, l'inquinamento da sostanze perfluoro alchiliche (PFAS) emerso nel 2013 in una vasta area del Veneto, ma in atto presumibilmente da almeno 20 anni, non ha portato al momento a rilevare un peggioramento del trend di salute dei cittadini nei territori maggiormente esposti." I dati sull'incidenza delle neoplasie nell'ASL 5 e area sud ASL 6, sono stati definiti "tranquillizzanti" dal responsabile del Registro Tumori Veneto, Prof. Rugge, il quale ha anche affermato che " i nostri criteri - di registrazione- sono validati dalla IARC" (Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro, di Lione).

Sono affermazioni suscettibili di alcune critiche, per esempio: per quanto riguarda le malattie neoplastiche, osserviamo che: la IARC non valida i criteri, bensì i dati. Dal sito della IARC risulta chiaramente come i dati del RTV siano stati validati soltanto fino al 2006. Per la validazione dei dati inviati dai singoli registri, la IARC esige almeno un triennio consecutivo di dati, mentre i dati sull'incidenza dei tumori nelle aree contaminate da PFAS si riferiscono ad un solo anno. Anche AIRTUM, per convalidare i dati richiede per una popolazione di 200.000 - 250.000 persone, quale quella esaminata, almeno 5 anni continuativi di registrazione.

Malattie neoplastiche

Le elaborazioni del RTV si riferiscono a soli 49.000 abitanti di 7 comu-

ni, mentre i comuni della cosiddetta zona "rossa" (maggiormente interessati dall'inquinamento) sono 21 per un totale di circa 110.000 residenti. Non è corretto, com'è stato fatto dagli autori dell'analisi, generalizzare a tutta la popolazione "PFAS" i risultati osservati in un campione ridotto della stessa.

Inoltre non risulta che il regolamento sul funzionamento del RTV, a due anni di distanza dalla sua emanazione, sia stato applicato in tutte le ULSS della Regione, in particolare nel punto che prevede l'individuazione di un referente aziendale incaricato di trasmettere al registro le diagnosi di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati dai medici della propria ULSS, sia del Servizio Sanitario Regionale che convenzionati.

Malattie non neoplastiche

Ma non sono le neoplasie il problema più grosso. C'è, come ci si poteva aspettare, solo un piccolo aumento del tumore al testicolo, non di altre. Invece, come evidenziato dallo studio di

mortalità ISDE-ENEA, riferito agli anni 1980-2009, c'è un eccesso statisticamente significativo in entrambi i sessi per mortalità da ogni causa, diabete mellito, infarto acuto del miocardio e malattie cerebrovascolari; nelle femmine, ha evidenziato anche un eccesso statisticamente significativo di casi di malattia di Alzheimer e cancro del rene. I risultati dello studio di mortalità 2007 - 2014 del Sistema Epidemiologico Regionale (SER), anch'essi presentati nel corso della suddetta conferenza stampa, pur con i limiti dell'estensione temporale di otto anni, confermano questi dati. L'eziopatogenesi delle malattie suddette infatti è legata ai meccanismi d'azione degli interferenti endocrini, categoria di sostanze chimiche cui appartengono gli stessi PFAS.

I dati lo stesso studio del SER dimostrano, inoltre nella popolazione dei 21 Comuni inquinati, in entrambi i sessi una prevalenza significativamente maggiore del riferimento regionale per ipotiroidismo e dislipidemie. Non comprendiamo, quindi, come sia

possibile affermare che "non si sia rilevato un peggioramento del trend di salute dei cittadini nei territori maggiormente esposti.

Alla luce dell'esperienza fatta si conclude che il RT è un formidabile e indispensabile strumento di conoscenza e di prevenzione, se rispetta alcune condizioni, tra le quali:

- Osservazione di un numero sufficiente di persone
- Definizione precisa di esposti e non esposti
- Tempestività nella trasmissione ed elaborazione dei dati
- Messa a fuoco precisa delle patologie da individuare.

A queste condizioni il MMG, l'ospedaliero e l'universitario potranno usufruire del RT, anzi potranno avere un rapporto di scambio, da cui scaturisce l'utilità per la salute della popolazione in generale. Credo che questa sia la richiesta unanime che i medici debbono fare affinché la prevenzione non sia ancora una parola vuota.

GIOVANNI BEGHINI



GICIVI

Ditta Giovanni Corato

dei Dott. A. e V. Corato S.n.c.

ARTICOLI SANITARI PER FARMACIE ED OSPEDALI
REAGENTI - APPARECCHI E VETRERIA CHIMICA
MEDICAZIONE ASETTICA ED ANTISETTICA

37122 VERONA - Corso Porta Nuova, 131/a - Tel. 045/8007384 - 8002836
Fax 045/8006737

I medici in Europa.

Formazione, lavoro e carriera.

L'Italia non esce molto bene dal confronto.

Recensione a cura di Roberto Mora e Carlo Ruggi di un articolo di Paola Gnerre e Alessandra Spedicato Studio Anaa Assomed-Snr

Analizzati formazione, organizzazione del lavoro, orario, responsabilità professionale, carriera, retribuzioni e altri aspetti del lavoro medico in Germania, Inghilterra, Olanda, Francia, Slovenia e Spagna. Un confronto che vede i medici italiani fortemente svantaggiati per molti aspetti. Un esempio? Lo sviluppo di carriera avviene in maniera trasparente e meritocratico attraverso la valutazione del curriculum professionale e si verifica indipendentemente dall'ottenimento di una carica apicale

27 LUGLIO - Nell'ambito del convegno internazionale promosso dall'Anaa Assomed e Snr gli scorsi 8 e 9 aprile su "Le condizioni di lavoro dei medici nei Sistemi Sanitari Europei" sono stati messi a confronto i diversi modelli sanitari europei (Germania, Inghilterra, Olanda, Francia, Slovenia e Spagna) in termini di organizzazione dell'orario di lavoro, responsabilità medica, sviluppo di carriera, retribuzioni, libera professione, Ecm, fabbisogno di personale e carichi di lavoro. Ne è emerso un quadro estremamente variopinto, con molteplice criticità che comunque interessano tutti i paesi Europei valutati.

SPAGNA

L'articolo 43 della Costituzione spagnola del 1978 stabilisce il diritto alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria per tutti i cittadini. Pertanto i ser-

vizi sanitari sono gratuiti. In Spagna il Sistema Sanitario Nazionale è costituito da 17 comunità autonome e quindi in Spagna ci sono 17 differenti sistemi sanitari. Ogni comunità autonoma ha infatti il diritto di definire il proprio modello sanitario sia in termini di organizzazione (orario di lavoro, modalità di assunzione, progressioni di carriera, ecc) sia in termini economici (incentivi). In alcune comunità autonome ci sono inoltre diversi modelli con differenti tipi di organizzazioni e pertanto, in Spagna, nel complesso ci sono venti diverse condizioni di lavoro e venti diversi stipendi per medici con stessa tipologia di specialità, di anzianità e di attività professionale.

Il sistema sanitario nazionale è strutturato in due livelli di assistenza sanitaria: le cure primarie (centri di salute) e l'assistenza specialistica che si configura nelle strutture ospedaliere. L'attività sanitaria privata rappresenta il 33% delle cure sanitarie fornite.

ORARIO DI LAVORO - L'orario settimanale prevede 37,5 ore con un debito orario annuale di turni diurni pari a 1657,30 ore e di turni notturni pari a 1.480 ore. Il turno del mattino va dalle 09.00 alle 14.30, quello del pomeriggio dalle 15.00 alle 20.00, quello notturno dalle 22.00 alle 08.00. Il periodo di riposo minimo ininterrotto è di 36 ore (o uno di 72 ore per un periodo di 14 giorni di lavoro consecutivo). La reperibilità nei giorni feriali dura 17 ore (dalle 15.00 alle 08.00 del mattino successivo) nei giorni festivi e nel weekend 24 ore. Non c'è un limite legale nel numero di reperibilità. Per "opt-out time", letteralmente rinuncia al tempo, si intende la volontà del singolo medico di voler eccedere l'orario settimanale lavorativo secondo la Direttiva Europea. Quest'impegno ha la durata di un anno e deve essere rinnovato annual-

mente. Lo straordinario può essere volontario o obbligatorio (lo straordinario obbligatorio può far parte dei termini e delle condizioni imposte dal datore di lavoro). Non è pagato ma può essere recuperato.

CONGEDI - In base alla Legge 7/2007, articoli 66 e 67 della legge 55/2003 i congedi possono essere richiesti per i figli piccoli, per la cura di parenti di primo grado, per incompatibilità, per congedo volontario, per ricongiungimento familiare, per la violenza di genere e per l'astensione obbligatoria.

I congedi per bambini piccoli o parenti, hanno una durata massima di 3 anni per ogni bambino o parente. Dopo i primi due anni il medico, non necessariamente mantiene la stessa posizione, ma può rimanere nello stesso luogo di lavoro e con lo stesso compenso. Il congedo per incompatibilità si verifica quando il medico assume un servizio in qualsiasi altro settore dell'amministrazione pubblica. Il medico deve richiedere per iscritto il congedo per incompatibilità entro un mese dall'assunzione della nuova carica. Se non lo fa, automaticamente subentra il congedo volontario (non retribuito).

Si passa comunque al congedo volontario dopo che il medico ha effettuato almeno due anni in qualsiasi amministrazione pubblica nel corso degli ultimi 5 anni. Non esiste una durata massima per il congedo volontario. Il congedo per ricongiungimento familiare ha una durata minima di 2 anni e una massima di 15 anni e si verifica quando il partner, con un contratto a tempo indeterminato, lavora in un'altra regione. Il medico ha l'obbligo di informare per iscritto la pubblica amministrazione sui tempi previsti per il ritorno al servizio attivo.

Se ciò non avviene passa automa-

ticamente al congedo volontario. Il congedo nei casi di violenza di genere non ha alcun limite di tempo. Il medico in servizio presso il Ssn ha diritto a questo congedo senza necessità di un periodo minimo di servizio e mantiene la stessa posizione durante i primi 6 mesi con una possibile proroga per un massimo di 18 mesi. Questo periodo è comunque calcolato ai fini dell'anzianità e per avanzamenti di carriera. Quando il medico è sospeso per responsabilità penale o disciplinare subentra il congedo obbligatorio. Al rientro del servizio il medico è obbligato ad accettare qualsiasi posto di lavoro all'interno del Ssn ma solo se corrisponde alla precedente posizione lavorativa. Se il medico rifiuta subentra il congedo volontario.

FERIE - Sono minimo 24 giorni all'anno e sono generalmente così distribuite: sotto i 50 anni sono 35 giorni sopra i 50 anni sono 40 giorni per un massimo di 50 giorni all'anno. Il medico ha inoltre diritto a un congedo di studio di 10 giorni all'anno.

PENSIONAMENTO - È obbligatorio a 65 anni.

GESTIONE DEL RISCHIO - Per quanto riguarda le politiche di gestione del rischio in Spagna si applica l'approccio del "problem solving" ossia la politica dell'identificazione del rischio e l'attuazione di misure preventive.

ASSICURAZIONI - Qualora si verifichi un evento avverso il paziente può rivendicarsi contro il medico, contro l'ospedale e contro il Governo (a livello locale e regionale). I Governi Regionali e Nazionali hanno un'assicurazione per la copertura dell'errore medico. L'Ospedale e il Governo non possono mai rivalersi sul medico anche in caso di *malpractice*. In caso di attività privata il medico è obbligato alla stipula di un contratto assicurativo. Il medico è sottoposto a processo in caso di accertata responsabilità per negligenza che prevede il verificarsi di due elementi specifici (lex artis): l'omissione di soccorso e l'accertamento di un nesso causale tra l'omissione di soccorso e il danno subito dal paziente. Ciò non comprende l'errore umano.

MODELLO DI CARRIERA - Il modello di carriera professionale clinica implica quattro Livelli. Il Livello 0 è il livello iniziale. Il livello 1 è lo *Specialist*, il livello 2 il *Senior Specialist*, il livello 3 il *Consultant* il livello 4 il *Senior Consultant*. Gli avanzamenti di carriera sono volontari, irreversibili, trasparenti e indipendenti dal livello gerarchico. L'accesso ai vari livelli è successivo e graduale.

Ciò che è valutato per l'accesso ad un livello non può essere presentato per la valutazione al livello successivo. L'accesso al livello 0 avviene automaticamente appena il medico entra in specialità.



Per passare da un livello a un altro, il medico deve aver lavorato 5 anni nella stessa specialità e nel livello immediatamente inferiore. Il medico è pagato dal sistema sanitario a partire dal livello 1. Per l'accesso ai vari livelli vengono valutati l'attività assistenziale, la formazione, l'attività didattica, l'attività scientifica e di ricerca e la partecipazione e l'impegno per l'organizzazione sanitaria. Ad ogni items corrisponde un punteggio. Se il medico ottiene il punteggio (per il livello 1 è 50 punti, per il livello 2, 60 punti, per il livello 3, 70 punti per il livello 4, 80 punti) l'accesso al livello è garantito.

RETRIBUZIONE - I medici spagnoli hanno un compenso annuo fisso, stipendio base, una retribuzione variabile che dipende dall'anzianità di servizio, dalla carriera professionale e dalla produttività e un compenso aggiuntivo in relazione al numero delle reperibilità e alle guardie. Negli anni i medici a causa dei vari blocchi salariali hanno perso il 30% del loro potere d'acquisto. Secondo la Legge 55/2003 (art 43.2.e) sono comunque previsti diver-

si compensi per i 17 Sistemi Sanitari presenti. Per esempio nella Regione di Madrid (in base all'accordo del 2007) il livello 0 è sempre non pagato, il livello 1, percepisce 4.100 euro, il livello 2, 7.600 euro, il livello 3, 10.700 euro e il livello 4, 13.500 euro.

CARICHI DI LAVORO - Non ci sono studi recenti che li quantificano ma verosimilmente sono estremamente alti considerato che attualmente solo il 10% dei posti vacanti sono stati sostituiti.

OLANDA

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

- In ambito sanitario non è determinata da un Contratto Nazionale o dalla Direttiva Europea ma da Contratti Collettivi del lavoro che variano a seconda della sede lavorativa e pertanto l'organizzazione del lavoro è diversa a secondo del contratto. I medici possono lavorare nell'ambito della medicina generale o come medici ospedalieri. Esistono tre tipologie di ospedali: generali, accademici e psichiatrici. I medici che lavorano negli ospedali non universitari seguono il Cao Z/AMS, i medici che lavorano negli ospedali universitari il Cao/UMC mentre i medici che lavorano presso gli ospedali psichiatrici il Cao/GGZ.

ORARIO LAVORO - Negli ospedali non universitari in assenza di reperibilità l'orario è di circa 45 ore alla settimana con i turni di reperibilità è di circa 52 ore. Per i medici che lavorano in ospedali universitari in assenza di turni di reperibilità è tra le 40-48 ore, con turni di reperibilità fino a 55 ore. Per i medici che lavorano negli ospedali psichiatrici è di 36 ore.

L'orario lavorativo degli specialisti segue invece il Contratto Collettivo Nazionale e la Normativa Europea. Per quanto riguarda l'opt-out i medici olandesi non hanno alcuna limitazione per l'orario giornaliero, né restrizioni per i periodi di riposo, per le ferie e per le chiamate in reperibilità. I medici olandesi di sesso maschile tendono a lavorare più ore di quelli di sesso femminile. L'organizzazione del lavoro in Olanda prevede anche l'attività lavorativa in regime part-time.

GESTIONE DEL RISCHIO - È un codice di “condotta trasparente” il “*Gedragcode Openheid Medische incidenten*”, GOMA, che nasce dalla collaborazione tra organizzazioni mediche nazionali e la *Royal Dutch Medical Association* (KNMG). Il codice riporta tutte le indicazioni su come affrontare un evento avverso e tutte le questioni in ambito di responsabilità medica. I medici sono assicurati sia dall'Ospedale, sia integrano con un'assicurazione privata. Il Governo olandese ha inoltre istituito un Centro Nazionale di aiuto per i pazienti in caso di evento avverso connesso a responsabilità medica. I processi in materia di responsabilità medica sono o processi in ambito civile (con eventuale rimborso) o processi disciplinari che vanno dall'ammonizione fino alla radiazione dall'albo.

La buona pratica clinica per i medici olandesi è contenuta *nelle linee guida nazionali*, frutto dell'interazione tra società scientifiche, organizzazioni ospedaliere, organizzazioni dei pazienti, il KIMS (Istituto Conoscenza della Federazione olandese dei medici specialisti) e il LNP (Ente Nazionale di Medicina Generale). Qualora il medico si discosti dalle linee guida deve motivare la sua decisione. Le strategie di gestione del rischio clinico avvengono attraverso il VMS “*value management strategies*”, sistema con cui le organizzazioni ospedaliere analizzano i rischi e apportano modifiche di miglioramento per una sanità di qualità.

MODELLO DI CARRIERA - Per quanto riguarda gli sviluppi di carriera non esiste un piano nazionale. Ogni medico ha un percorso individuale. Tutti i medici per legge sono comunque tenuti ad un aggiornamento e una formazione obbligatoria.

LIBERA PROFESSIONE - I medici impiegati in un ospedale generale o in un ospedale psichiatrico possono effettuare la loro attività sia come dipendenti sia come liberi professionisti. I medici impiegati in un ospedale universitario sono solo dipendenti della struttura. I medici specialisti tendono prevalentemente ad essere dipendenti dell'ospedale soprattutto se di sesso femminile.

Il paziente non sa comunque se il medico è dipendente dalla struttura ospedaliera o è un libero professionista perché questo non influisce sui prezzi dei trattamenti che sono determinati a livello nazionale indipendentemente dal tipo di ospedale o medico.

Le spese sanitarie del paziente vengono infatti fatturate direttamente dall'ospedale alla compagnia di assicurazione.

RETRIBUZIONE - Gli stipendi medi annui dei medici sono regolati a livello nazionale.

Nel 2012 il reddito netto medio di un medico era di circa euro 73.000. Il reddito annuo non differisce molto tra medici dipendenti e medici liberi professionisti.

Generalmente i medici di sesso maschile guadagnano di più rispetto alle donne e questo gap incrementa con l'anzianità.

FORMAZIONE CONTINUA - In Olanda è autoregolamentata dai medici stessi. Esiste infatti il “Collegio delle Specializzazioni mediche”, il CGS, e il “Comitato di registrazione di specializzazioni mediche”, il RGS, che definiscono le norme e i regolamenti sia per i corsi di formazione post-laurea, sia per le richieste di registrazione dei medici specialisti che dei medici generici. Entrambi gli organi sono costituiti da medici. In Olanda l'autoregolamentazione professionale è ritenuto da sempre un pilastro fondamentale per il mantenimento della qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria.

L'accredimento dei vari gruppi di medici specialisti viene effettuato ogni 5 anni attraverso visite in loco standardizzate, “*visitatie*”, mentre la valutazione del singolo medico avviene attraverso la valutazione del portfolio individuale e un colloquio con un collega esperto.

CARICHI DI LAVORO - La soddisfazione professionale tende ad essere molto alta tra i medici olandesi, sia di sesso maschile che femminile seppur stanno nascendo problematiche correlate al progressivo incremento dei *carichi di lavoro* correlati alla burocrazia.

FRANCIA

ORARIO DI LAVORO - La normativa Europea sull'organizzazione dell'orario di lavoro (ED 93/104 modificata dalla ED 2003/88) è implementata in tutti gli Ospedali pubblici a partire dal 2002.

Il servizio settimanale a tempo pieno è di dieci mezza giornate dal lunedì al venerdì con due mezza giornate che vanno dalle 08.30 alle 18.30. Il sabato mattina è considerato una normale attività lavorativa che va dalle 08.30 alle 13.30. Il turno notturno è conteggiato come due mezza giornate. L'orario di lavoro non può eccedere le 48 ore settimanali per più di 4 mesi. È previsto un periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive ogni 24 ore e un periodo di riposo di 24 ore ogni sette giorni aggiunto al riposo giornaliero di 11 ore.

Ogni sei ore di lavoro è prevista una piccola pausa lavorativa. Dopo il turno di notte è previsto un riposo compensativo di 24 ore. Sono previsti 4 turni di guardia settimanali e un week-end al mese. Le reperibilità sono prevalentemente consigli telefonici. In caso di accesso in ospedale anche il tempo di viaggio è considerato orario di lavoro. Le reperibilità senza accesso in Ospedale sono pagate con una cifra forfettaria mensile.

I medici ospedalieri (*consultant*) hanno la possibilità su base volontaria di aderire all'*opt-out time* e di lavorare fino a 60-65 ore alla settimana. Queste ore in eccesso sono pagate come lavoro straordinario. Il 90% dei medici ospedalieri francesi sceglie questa formula. I *consultant* possono lavorare due mezza giornate su 10 in attività definite di interesse generale ossia attività di ricerca, di insegnamento e di management nell'ambito delle organizzazioni sanitarie. Sono previsti 25 giorni di ferie annuali retribuite. È previsto per attività di formazione un congedo di 15 giorni all'anno. Il congedo di maternità è minimo di 16 settimane. Sono previsti anche i congedi per matrimonio e lutto.

ASSICURAZIONE - Il medico dipendente da un'Istituzione sanitaria sia pubblica che privata è assicurato dal datore di lavoro anche per colpa grave (ma non in caso di danno volontario) e pertanto il medico non ha l'obbligo di stipulare un'assicurazione privata.

I costi assicurativi variano a seconda della specialità e della tipologia lavorativa (privata o pubblica).

Ad esempio un medico di famiglia spende circa 80 euro all'anno, un'anestesista che lavora in un ospedale pubblico circa 120 euro all'anno, un ginecologo che lavora nel settore privato circa 500 euro.

I processi in ambito civile o amministrativo possono essere intentati contro il medico qualora siano presenti tutte e tre le seguenti condizioni: colpa medica, danno e correlazione tra colpa medica e danno. I processi penali sono estremamente rari, la frequenza di azioni legali è molto bassa: 59 cause per 137.512 medici assicurati. Il medico è processato penalmente qualora sia evidente un dolo con la volontà di arrecare un danno al paziente. In Francia nel 2002 è stato istituito un ufficio nazionale (ONIAM) per i diritti dei pazienti e per la qualità del sistema sanitario preposto al risarcimento dei pazienti, in un'ottica di solidarietà nazionale, che sono vittime di incidenti per responsabilità medica, complicanze iatrogene e nosocomiali. In Francia è riconosciuto anche un risarcimento in caso di rischio terapeutico ossia un evento avverso inaspettato che determini un danno al paziente non conseguente a colpa medica ma al trattamento effettuato.

Per quanto riguarda il ruolo delle linee guida in Francia è presente un organo pubblico indipendente denominato HAS (Alta Autorità per la Salute) che si occupa di redigere in collaborazione con le Società Scientifiche e l'ONIAM linee guida e raccomandazioni per una buona pratica clinica oltre ad occuparsi dell'accreditamento dei medici e della certificazione degli ospedali.

MODELLO DI CARRIERA - L'accesso all'Università di Medicina comprende un anno di educazione sanitaria comune ad altri indirizzi universitari, seguiti poi da sei anni specifici a numero chiuso (il numero è fissato dal Governo). La formazione specialistica dura 5 anni e si accede alle scuole di specialità mediante una classifica nazionale. Dopo di che, ci sono due possibilità di carriera: o la carriera accademica in ambito universitario o la carriera di consultant in ambito ospedaliero pubblico.

Entrambe le carriere sono possibili attraverso un concorso nazionale. Generalmente la formazione dei manager aziendali è affidata per legge alla Scuola Nazionale (EHESP) ed ha una durata di 24 mesi. Ma con la legge sulla salute del 2009 (HPST), il Governo è comunque libero di assumere chiunque ritenga in grado di guidare un ospedale pubblico, a prescindere dalla sua formazione iniziale.

Lo stipendio medio lordo mensile di un consultant è di circa 5.700 euro. Non si sono verificati incrementi stipendiali da Giugno 2010.

LIBERA PROFESSIONE - Circa 4.500 medici ospedalieri (11% dei consultant) e prevalentemente chirurghi, ginecologi e ostetrici (oltre il 60%) svolgono attività privata in ospedale. Parte del compenso entra nel bilancio dell'Ospedale. È prevista invece un'indennità di esclusività per chi non esercita un'attività libera professionale.

FORMAZIONE CONTINUA - Lo sviluppo professionale continuo (CPD) è un obbligo per tutti gli operatori sanitari in Francia e dal 2013 è sotto la responsabilità della Camera francese Medica (attività medica privata) e del Consiglio dei Medici Ospedalieri. Il problema è che non c'è un'adeguata copertura delle CPD e pertanto né è compromessa la sua efficienza. La migrazione di operatori sanitari da altri paesi (rappresentano circa il 9.2% dei medici che lavorano in Francia) garantisce in parte il mantenimento dell'adeguato numero di personale sanitario negli Ospedali pubblici francesi.

INGHILTERRA

Il Sistema Sanitario Inglese (NHS) è valutato come uno tra i migliori sistemi sanitari in termini di efficienza, qualità, sicurezza e costi. Nel 2011 la spesa sanitaria incideva per il 9.4% sulle spese totali. Il finanziamento annuale nazionale (Inghilterra, 2013-14) è 110 miliardi di £ (circa 132 miliardi di euro). Prevede circa il 2.8% di medici ogni 1000 abitanti e il 3% di posti letto ogni 1000 abitanti. Sempre citando alcuni numeri è importante sapere che (dati aggiornati al 2013) si registrano per il NHS 147.087 medici, 371.777 infer-

mieri, 154.109 tra terapisti e staff tecnico, 36.360 managers. Esistono 7.960 General Premises, 211 gruppi per Commissioni Cliniche e 2300 Ospedali (tutte le tipologie, di cui 160 per acuti).

ORARIO DI LAVORO - È conforme alla Direttiva Europea. I medici hanno un contratto di base di 40 ore a settimana, con in più le ore in reperibilità. Il piano di lavoro settimanale è di circa 30 ore di attività clinica. Le restanti 10 ore sono generalmente dedicate ad attività di supporto (ricerca, insegnamento, ecc). Difficilmente il medico specie se *senior* supera il limite d'orario e generalmente pretende il riposo compensativo dopo il turno notturno. I medici hanno comunque il diritto, su base volontaria, di aderire all'*opt-out time*. Gli specializzandi hanno un monitoraggio regolare delle ore. Il Governo vorrebbe introdurre la regola dei "sette giorni di lavoro", ma non ci sono abbastanza medici, infermieri, operatori sanitari o soldi. Questo sta determinando importanti attriti tra il Governo e i Medici e sono di questi ultimi giorni gli scioperi di protesta.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Il medico è sottomesso al proprio datore di lavoro (responsabilità contrattuali), al *Royal College* (responsabilità e procedure professionali, riqualificazione), al *General Medical Council* (idoneità alla pratica delle procedure) e alla legge (contenziosi, omicidio, multe, carcere, ecc). I medici possono comunque far riferimento al *General Medical Council* che produce due linee di indirizzo ("Good Medical Practice" e "Consent: patients and doctors making decisions together"). Per maggiori informazioni www.gmc-uk.org ed ai *Medical Royal Colleges* che si preoccupano di produrre linee guida dedicate alle diverse specialità. L'Istituto Nazionale per l'eccellenza in Cure e Salute (NICE - www.nice.org.uk) è un riferimento, per Ospedali e Medici, in fatto di percorsi assistenziali, Standards di cura, Procedure e Apprendimento tecnologico.

ASSICURAZIONI - Tutti i medici assunti dall'*NHS* sono coperti dalla "*Corona Indemnity*" ma solo in parte. Per questo il *General Medical Council* impone che stipulino un'ulteriore assicurazione privata deducibile dalla

tasse. Nella maggior parte del Regno Unito non è previsto il risarcimento al paziente. Stanno quindi incrementando i processi per richiedere il risarcimento.

MODELLO DI CARRIERA - Ci sono due principali percorsi di carriera: la medicina generale (cure primarie) e la medicina ospedaliera. Il medico di cure primarie generalmente esercita in gruppi associativi guidati dalla CCGs (Commissione di gruppi clinici). La maggior parte dei medici ospedalieri sono consultants e specializzandi (*junior doctors*). Il medico ospedaliero può aspirare al ruolo di *senior doctors*. I *junior doctors* hanno un programma di training post laurea della durata di 5-7 anni. Sono stipendiati.

FORMAZIONE CONTINUA - Il medico ogni anno deve confrontarsi con il proprio datore di lavoro, presentando: una revisione dei risultati della propria performance clinica, feedback da colleghi e pazienti, ed un report degli audit, delle lamentele e dell'aggiornamento continuo che ha effettuato. In più annualmente gli viene richiesto di rivedere la programmazione del proprio lavoro in termini contrattuali, educazionali, qualitativi e quantitativi (*Job Plan*).

Il *General Medical Council* rilascia ogni 5 anni un certificato di validità al medico affinché possa proseguire il proprio lavoro negli anni. Al fine di questa riconferma il medico deve produrre 6 tipi di informazioni sui seguenti punti: CPD (*continuing professional development*), attività di miglioramento della qualità, eventi significativi, feedback dai colleghi, feedback dai pazienti, resoconto di lamentele e complimenti. L'aggiornamento professionale continuo è largamente pagato al medico dall'NHS. Gli specializzandi ricevono, durante il loro programma educativo, salario, supporto e monitoraggio in tal senso, inoltre godono di permessi di studio per specifici corsi. I medici ospedalieri senior presentano specificatamente nel loro contratto una parte legata all'aspetto formativo e possono godere anch'essi di permessi di studio per specifici corsi legati alla personale *Job Plan Review*.

Tutti i medici sono responsabili di raggiungere gli obiettivi che si sono pre-

fissati o che gli vengono richiesti e la maggior parte di loro lo fanno.

Il sistema sanitario inglese monitorizza anche la performance degli Ospedali. Regolarmente si svolge a livello ospedaliero un controllo, da parte del Board (che in Italia potremmo tradurre come Organismo direttivo), della qualità e sicurezza delle cure erogate, dell'organizzazione dei servizi rivolti al pubblico (per esempio le liste di attesa), della performance finanziaria (www.improvement.nhs.uk) mentre la Commissione per la Qualità delle cure si preoccupa di ispezionare tutti i provider dell'NHS basandosi su 5 livelli di ispezione: Sicurezza, Cura, Efficacia, Ricettività e Gestione (www.cqc.org.uk).

RETRIBUZIONE - Il salario è una voce importante nella vita di un medico inglese. Un *Consultant* Ospedaliero (paragonabile al nostro specialista) riceve un contratto di base che oscilla da 75.000£ a 101.000£; a questo può aggiungersi una quota extra legata a sessioni di lavoro addizionali (negoziati in fase contrattuale) o a riconoscimenti di eccellenza clinica, sia a livello locale che nazionale.

PENSIONAMENTO - Il sistema pensionistico è legato al numero di anni in servizio e il salario finale è rimpiazzato da una retribuzione media basata sulla carriera percorsa.

LIBERA PROFESSIONE - In UK il settore privato riceve fondi in un rapporto 85%:15% dall'NHS. Questa quota sta aumentando gradualmente negli ultimi anni. Al medico è consentito di lavorare, e dunque guadagnare anche nel settore privato. Questo è permesso dal contratto stesso dell'NHS ma deve essere confermato dal *Consultant's Job Plan* (la pianificazione lavorativa annuale del medico). Solo pochi medici lavorano esclusivamente per il settore privato. Il lavoro privato è pagato o direttamente dal paziente o dalla sua assicurazione. I costi delle prestazioni sono più elevati rispetto a quelli del sistema pubblico ma presentano comunque un tetto massimo di contenimento.

CARICHI DI LAVORO - Il Sistema Sanitario Inglese è molto faticoso ed

impegnativo. C'è una forte carenza di personale in tutte le categorie professionali con alcune specialità più in sofferenza rispetto ad altre. Al contempo la richiesta è molto alta con aspettative crescenti riguardo alla qualità delle cure e al rapporto costo/efficacia. Inoltre, come nella maggioranza dei paesi europei, la demografia sta cambiando e anche le risorse tecnologiche si rivelano più costose anche se più efficaci. Come l'Italia, anche l'NHS soffre di una interferenza politica nel settore sanitario e per la prima volta dalla sua nascita si iniziano a vedere segni di crisi. Il 2016 è stato infatti un anno segnato da criticità di performance, tagli alla finanza, ai contratti e uno sciopero dei Junior Doctors che ha rischiato di far inginocchiare il sistema sanitario.

SLOVENIA

ORARIO DI LAVORO - L'orario di lavoro giornaliero è di circa 8 ore ma può essere prolungato soprattutto per chi lavora nei reparti di emergenza. Il periodo di riposo minimo giornaliero è di 12 ore, e minimo di 24 ore ogni 7 giorni. La reperibilità dura massimo 16-24 ore/die per un massimo di 8 reperibilità mensili (è possibile effettuare più ore di reperibilità). Se non si aderisce all'*opt-out* non è possibile effettuare in media più di 48 ore settimanali. Se si opta per l'*opt-out* si possono effettuare fino ad un massimo di 60-72 ore/settimana. Un'ora al giorno dell'orario lavorativo può essere dedicata ad attività non cliniche. Le ferie sono minimo 24 giorni l'anno. In media sotto i 50 anni sono 35 giorni, sopra i 50 anni sono 40 giorni. Si possono fruire fino ad un massimo di 50 giorni l'anno.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - È affrontata con l'avvio di politiche di gestione del rischio, attualmente in fase iniziale di sviluppo, che includono l'implementazione di linee guida nazionali per la pratica clinica (sono comunque ancora non complete, comprendendo solo alcuni aspetti di determinate patologie), il capitolo delle spese di assicurazione (circa l'1% del bilancio operatori sanitari), la valutazione della frequenza di cause legali (nessuna raccolta sistematica dei dati, sono stimate in 50 per anno in tutta

la Slovenia) e i costi di rimborso (il più delle volte inferiore a 150.000 euro).

MODELLO DI CARRIERA - Gli sviluppi di carriera comprendono: titoli con un effetto sul salario, titoli senza effetto salariale e l'anzianità di servizio. I titoli con effetto salariale includono il titolo di non specialista, specialista in formazione, specialista. I titoli senza effetto sul salario (sono classificate come onorificenze) includono il titolo di consultant, primarius (da non confondere con la carica di direttore del reparto) e alto funzionario anziano.

I passaggi di anzianità determinano una promozione della scala salariale ma senza alcun cambiamento sulla scala dei titoli. La performance del medico viene valutata annualmente dal Direttore di reparto con una scala di punteggio da 1-5 punti. Generalmente alla maggior parte dei medici sono assegnati 4-5 punti ogni anno.

Si verifica la promozione di 1-2 gradi ogni 3 anni se si ottiene un certo punteggio (12-14 punti). Questo sistema è però frequentemente sospeso a causa di problemi di bilancio. Per ogni grado di promozione si ha un aumento del 4% dello stipendio di base. Le promozioni sono irrevocabili nello stesso posto di lavoro, ma possono non essere trasferite in caso di variazione del posto di lavoro o del datore di lavoro.

RETRIBUZIONE - Il salario base dipende dai titoli acquisiti, dalla durata della specializzazione, dalla tipologia del lavoro (ad es. attività chirurgica, attività di pronto soccorso o in ambiente radiologico, ecc) e dal grado di anzianità. Eventuali incentivi anche fino al 20% in aggiunta allo stipendio base sono previsti per lavoro straordinario o per turni sfavorevoli (domenica e/o festivi), in caso di attività lavorativa volta all'abbattimento delle liste d'attesa e in caso di mancata sostituzione di un'assenza di un medico per un lungo periodo in un dato reparto.

LIBERA PROFESSIONE - Non è infrequente che un medico dipendente a tempo pieno in un ospedale pubblico possa a tempo parziale, lavorare in un'altra struttura pubblica. Questo secondo lavoro viene considerato come attività libero professionale. In alcune strutture ospedaliere, è poi possibile

gestire pazienti, seppure viene effettuato raramente, in modalità privata definita "intra muraria". Per quanto riguarda l'attività "extra muraria" il medico dipendente, dopo il suo orario di lavoro, può svolgere la sua attività professionale ovunque se ha un contratto part-time. Se ha un contratto a tempo pieno deve avere svolto il suo orario di lavoro e il carico di lavoro assegnato oltre ad aver fruito di un adeguato periodo di riposo. Tutto il lavoro svolto in libera professione è fortemente tassato.

FORMAZIONE CONTINUA - Ogni medico deve ri-convalidare la propria licenza professionale ogni 7 anni. Per avere la licenza ogni medico deve dimostrare di aver svolto una regolare attività clinica negli ultimi 7 anni, di aver effettuato almeno il 75% del programma di formazione continua, di aver superato una valutazione da parte della Camera dei medici, la "Medical Chamber" circa le sue competenze e di aver effettuato uno speciale corso integrativo organizzato sempre dalla "Medical Chamber".

Per quanto riguarda l'offerta formativa, qualsiasi provider ottiene l'accreditamento del corso a condizione che non ci sia un conflitto di interessi tra il provider/segreteria scientifica e lo sponsor. L'idoneità del programma e il numero di punti ECM corrispondenti sono valutati e attribuiti dall'associazione dei medici sloveni (SMA). La Camera dei medici sloveni registra i punti ECM per ogni medico. Un conflitto di interesse irrisolto è che la SMA valuta e attribuisce i punti ECM anche per gli eventi formativi che organizza.

FABBISOGNO MEDICI - Per quanto riguarda i corsi di specializzazione il fabbisogno di medici per ogni specialità è pianificato dalla camera dei medici.

CARICHI DI LAVORO - Il sistema sanitario pubblico alloca in teoria le risorse considerando la necessità del personale. In pratica questo avviene solo per le prestazioni eseguite ambulatorialmente e non per l'assistenza ospedaliera. Bisogna infatti distinguere nella valutazione dei carichi di lavoro tra le cure primarie, le prestazioni ambulatoriali e l'assistenza ospedaliera. Nelle cure primarie vengono valutati il

numero di pazienti assegnati ad ogni medico corretto per alcuni parametri tra cui ad esempio l'età. Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali sono quantificati considerando il numero di visite e i servizi forniti. Per l'assistenza ospedaliera invece non esistono criteri di quantificazione e valutazione dei carichi di lavoro. È in corso una negoziazione tra il Governo e le organizzazioni mediche per standardizzare il carico di lavoro per ogni specialità medica.

GERMANIA

Ci sono circa 429.900 medici di cui 1/3 lavora nel privato (139.600), 1/3 lavora in ospedale (158.200), 1/3 lavora altrove. L'organizzazione dei medici tedeschi è regolata da leggi federali e statali, dalla Camera dei medici statali, lo *State physicians chambers*, da federazioni di medici, *Federal Medical Association*, da organismi di autoregolamentazione che regolano la responsabilità medica e definiscono gli standard nella qualità di cura. Ci sono tre tipologie di ospedali: ospedali pubblici, privati o caritatevoli.

ORARIO DI LAVORO - Segue la Direttiva di lavoro Europea. Di solito si effettuano 8 ore al giorno (ma sono possibili anche turni di 12 ore) per 5 giorni alla settimana per un totale di 40 ore alla settimana. Se il medico opta per l'opt-out sono possibili fino a 58 ore settimanali. Sono previsti periodi di riposo variabili di 30-60 minuti nelle 8-12 ore lavorative. Il tempo minimo di riposo tra un turno e l'altro è di 11 ore. Il servizio di guardia in ospedale può essere effettuato per un massimo di 24 ore ed è considerato orario di lavoro. I turni di reperibilità sono di 24 ore. È possibile effettuare 12-15 turni di reperibilità al mese. È possibile effettuare lo straordinario per un massimo di 48-58 ore alla settimana. Lo straordinario può essere recuperato o pagato. Ogni attività effettuata fuori dal proprio ospedale deve essere preventivamente autorizzata. Non ci sono restrizioni invece per attività di beneficenza.

CONGEDI - Sono previsti 30 giorni di congedo retribuito l'anno (che corrispondono a 6 settimane) e 5 gior-

ni all'anno di congedo retribuito per lo sviluppo professionale continuo (CPD).

ASSICURAZIONE - Il sistema sanitario tedesco prevede un'assicurazione sanitaria obbligatoria (SHI). L'assicurazione sanitaria deve essere stipulata da tutti gli individui idonei per cui ha una copertura quasi universale (più del 90% della popolazione). Coniugi senza reddito e bambini sono inclusi senza alcun ulteriore sovrapprezzo. Il premio assicurativo non è dipendente dal rischio ma è proporzionale al reddito lordo annuo per un massimo di 3600 euro. Rappresenta infatti il 15.5% del reddito lordo. La stipula del SHI è mandataria per i dipendenti con un reddito lordo di 48.500 annuo. Il 10% della popolazione, quelli con alti redditi, ha un'assicurazione privata.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Il 92% dei contenziosi raggiunge un accordo stragiudiziale e i sinistri sono liquidati direttamente dagli assicuratori. Ci sono circa 40.000 sinistri l'anno, ma solo il 10% circa sfocia in processi. I costi di rimborsi civili sono circa 250 milioni di euro. Un ospedale con circa 300 posti letto costa circa 500.000 euro. Non c'è ad oggi un disegno di legge che regola il sistema assicurativo sanitario. La sicurezza del paziente è una priorità per il sistema sanitario tedesco. Le politiche di risk management si basano sull'implementazione di linee guida nazionali che non sono mandatorie ma fortemente raccomandate, sulla formazione continua del personale sanitario, sulla creazione di percorsi clinici che migliorano e standardizzano le cure.

MODELLO DI CARRIERA - Il corso di laurea in medicina dura sei anni (ci sono 34 università di medicina pubbliche e 2 private per un numero totale di studenti di medicina pari a 75.463) seguiti da 4-6 anni di specializzazione (*licensed attending doctor*) (nel 2010 c'erano circa 8.724 specializzandi). Dopo il superamento di un' esame il medico diventa specialist. Da specialista il medico può diventare capo di dipartimento (*Head of Department*) e direttore medico (*chief of physician*).

RETRIBUZIONE - Il salario è regolato dal Marburger Bund tramite il contratto collettivo nazionale specifico per il settore ospedaliero. I medici in formazione specialistica, che sono considerati lavoratori a tutti gli effetti - e non studenti - guadagnano un salario che passa dai 4.190 euro (primo anno) a 5.386 euro (sesto anno). Uno specialista guadagna da 5.530 euro (primo anno) a 7.102 euro (dal 13° anno in poi) ma può arrivare anche a 200.000 euro l'anno. Un Capo Dipartimento riceve uno stipendio annuo lordo con una componente fissa di circa 129.000 euro e una parte variabile di circa 127.000 euro. Servizio di guardia e straordinari sono pagati extra. Anche la reperibilità (non più di 12 reperibilità mensili) copre una parte rilevante delle voci addizionali del salario: persino le semplici telefonate vengono retribuite e le frazioni di ora vengono calcolate come ore intere. Nonostante il buon livello salariale (rispetto alla media di altri paesi europei) i medici tedeschi si lamentano dell'esiguità del proprio reddito.

LIBERA PROFESSIONE - In Germania circa 135.000 medici svolgono *attività privata* nel settore ambulatoriale. Hanno la possibilità di praticare in studi singoli o associati. I pazienti sono liberi di scegliere il proprio medico, anche lo specialista senza la necessità di avere come filtro il *General Practitioner* (medico di base). Questo a diversità di altri paesi, quali Olanda e UK dove il ruolo di *"gate keeper"* del GP è molto forte. L'attività privata all'interno dell'ospedale è permessa solo ai Capo Dipartimento ed ai Senior. In ogni caso la maggior parte dei medici ospedalieri lavora full-time più le ore dedicate all'attività di guardia dunque rimane poco tempo per ulteriore attività lavorativa. Alcuni medici con contratto part time possono lavorare come libero professionisti presso altri ospedali (tra le 12 e le 27 ore a settimana).

FORMAZIONE CONTINUA - Consta di 250 crediti da accumulare in 5 anni. Un credito corrisponde ad un'ora di aggiornamento e, per ogni giornata, non possono essere accumulati più di 8 crediti. È possibile praticare l'e-learning. Qualora il medico non raggiunga il quorum

di punti richiesti vi è una riduzione della remunerazione nell'attività privata. Per il momento non è prevista nessuna sanzione per i medici ospedalieri.

CARICHI DI LAVORO - Anche la Germania è in sofferenza dal punto di vista dei carichi di lavoro. Nel corso degli anni ha visto ridurre sia il numero di personale infermieristico rispetto alla popolazione che il numero di personale medico. Ulteriore problema in Germania è la presenza di numerosi posti lavorativi vacanti, con la necessità di reclutamento di personale sanitario estero che deve essere necessariamente formato anche dal punto di vista linguistico. Nel 2013 risultavano scoperti 3.800 posti di lavoro per medici ed il numero di medici stranieri è sempre più importante: nel 2012 si sono contati circa 28.000 professionisti stranieri.

A fronte di quanto detto la Germania è risultata, nella classifica stilata nel 2015 da *Euro Health Consumer Index*, al 7° posto con un punteggio di 828 punti. Nella stessa classifica l'Olanda si posiziona al primo posto con 916 punti e l'Italia al 22° posto con 667 punti, purtroppo in coda (eccetto la Slovenia) rispetto a tutti i paesi precedentemente citati.

CONCLUSIONI

Cosa possiamo imparare dal confronto con gli altri paesi Europei? Tutti i paesi europei analizzati tranne l'Olanda, in cui l'organizzazione del lavoro segue un contratto collettivo stipulato tra medici e Governo, sono conformi alla Direttiva Europea. I medici possono però aderire su base volontaria all'*opt-out*, letteralmente "rinuncia del tempo", che indica la volontà del singolo dottore di voler eccedere l'orario settimanale lavorativo. Tale "rinuncia del tempo" è comunque monetizzata o recuperata. In termini assicurativi i medici europei dipendenti non sono obbligati a stipulare un'assicurazione privata perché sono assicurati dall'Ospedale o dal Governo stesso. Solo in alcuni casi (Inghilterra e Olanda) integrano con un'assicurazione privata comunque deducibile. Il medico incorre in un processo penale qualora infligga un danno volontario al paziente e qualora si renda evidente l'associa-

zione tra atto e danno quindi in pratica solo molto raramente. Lo sviluppo di carriera avviene in maniera trasparente e meritocratico attraverso la valutazione del curriculum professionale e si verifica indipendentemente dall'ottenimento di una carica apicale. Tutti i paesi europei sono attenti alla sicurezza del paziente e alla qualità della cura sanitaria.

In tutte le realtà troviamo infatti implementate politiche di risk management, in fase iniziale di sviluppo solo in Slovenia, ed è particolarmente frequente l'interazione tra *stakeholder* e medici per la realizzazione di indicazioni per una buona pratica clinica. Nel confronto si evince anche una maggiore responsabilizzazione del medico che diviene autore e padrone delle proprie scelte professionali ed educative.

Fin dal percorso di specializzazione il medico viene considerato autonomo. Significativo il fatto che siano gli ospedali stessi ad assumere il medico in formazione specialistica con un contratto ad personam, considerandolo lavoratore e non studente, a differenza di quanto avviene in Italia. Nel prosieguo del percorso professionale, il medico può (e deve) scegliere dove focalizzare i suoi campi di interesse e la pianificazione della propria carriera e deve essere riconosciuto tra i principali stakeholders nel processo decisionale politico-sanitario.

Inoltre un ruolo più importante viene dato agli Ordini dei Medici che diventano garanti rispetto a percorsi terapeutici, linee guida e condotta etica del professionista.

Dal confronto con le altre realtà europee l'Italia esce quindi fortemente

svantaggiata. Sono pertanto necessarie urgenti misure preventive che migliorino non solo la qualità del nostro sistema sanitario ma anche e soprattutto il ruolo e la qualità lavorativa che viene offerta al medico italiano.

ANNAMARIA MOLINO

è Responsabile per Verona della "Fondazione Umberto Veronesi".

La nomina è arrivata in questi giorni.

A Lei i complimenti del Comitato di Redazione di Verona Medica e del Consiglio dell'Ordine.

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:

- DIGITARE **1** PER PRATICHE ENPAM
- DIGITARE **2** PER PUBBLICITÀ SANITARIA E RUOLI
- DIGITARE **3** PER AMMINISTRAZIONE, ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- DIGITARE **4** PER COMMISSIONE ODONTOIATRI

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

La Teratologia nella storia tra meraviglioso, mostruoso e scienza medica

di **ANDREA COZZA**

Studente in Medicina e Chirurgia, interno presso la sezione di Medicina umanistica (direttore: prof. Maurizio Rippa Bonati) del Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari dell'Università degli Studi di Padova. Mail: andrea.cozza87@gmail.com

La *teratologia* è quella branca delle discipline medico-biologiche che si occupa dello studio dell'alterato sviluppo e delle anomalie congenite che colpiscono i feti animali e umani. Il termine "*teratologia*", introdotto dal francese Etienne Geoffroy Saint-Hilaire (1772-1844) nei primi dell'Ottocento, deriva dal greco antico τὸ τέρας che significa "*mostro*", "*nascita mostruosa*" ma anche "*prodigio*". Questa disciplina, intesa in senso moderno, prende vigore agli inizi del Sei

cento proprio per tentare di classificare e descrivere i cosiddetti "*mostri*" della natura. La figura del "*mostro*", ubiquitaria in tutte le culture, si pone in un terreno antropologico dove si incontrano e si mescolano fantasia, meraviglia, fascino del mostruoso, mito, religione, superstizione e scienza medica. Da un punto di vista biologico si voleva dar ragione di una serie di malformazioni o "*stranezze*" che colpivano alcuni animali e individui e per le quali si dava una spiegazione tanto scientifica quanto filosofico-teologica.

Per tutta l'Antichità, il Medioevo e gran parte dell'Età Moderna il panorama culturale è dominato dal pensiero medico-biologico di Ippocrate (ca. 450-370 a.C.), Aristotele (384-322 a.C.) e Galeno (129-201 d.C.). Secondo Ippocrate la causa delle malformazioni di alcuni individui è da imputarsi alla eccessiva o limitata quantità di seme implicata nell'atto del concepimento e nelle dimensioni dell'utero materno.

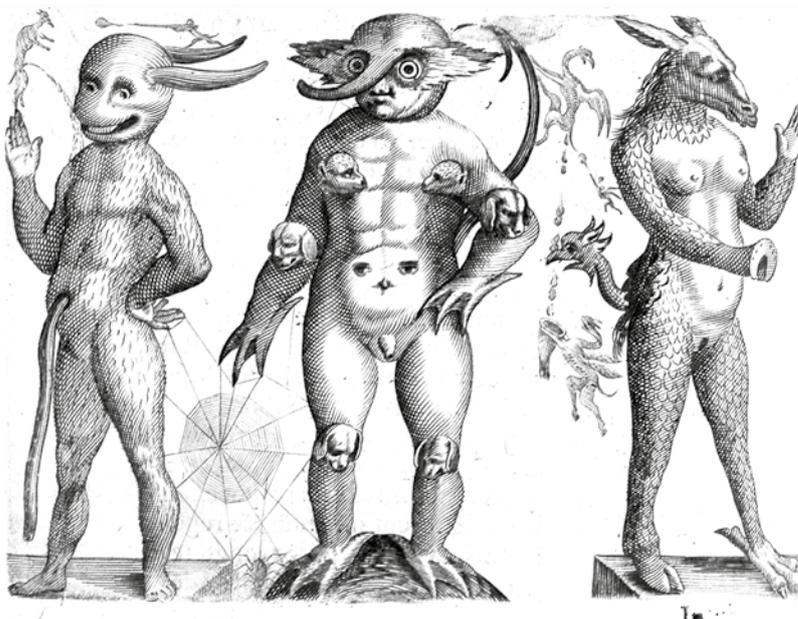


Fortunio Liceti

Aristotele, come i suoi predecessori, annovera i "*mostri*" tra i fenomeni naturali e non soprannaturali o divini. Egli inserisce la spiegazione delle mostruosità all'interno di una ben precisa dottrina embriologica la quale ammette mostri per eccesso e mostri per difetto sempre a seconda della quantità di semenza coinvolta durante il concepimento. Suggerisce, inoltre, la possibilità di uno sviluppo di mostri ibridi data dall'incrocio di specie diverse.

I Romani, principalmente ad opera di Plinio il Vecchio (21-79 d.C.), riprendono, sostanzialmente invariate, le concezioni degli antichi Greci mettendo in particolare risalto gli aspetti legati al "*curioso*" e al "*meraviglioso*".

Sant'Agostino (354-430 d.C.) considera i mostri non tanto dei "*ludi naturae*" o addirittura fenomeni "*contra naturam*" quanto fenomeni inseriti all'interno di un ben preciso disegno e di una determinata volontà divina. Egli tuttavia è mosso più da necessità di carattere teologico che medico-naturalistiche. Sant'Isidoro di Siviglia (ca. 560-636 d.C.) propone invece un



Fortunio Liceti *De monstrorum causis, natura et differentiis*, II edizione, 1665



Fortunio_Liceti_libro

sistema di classificazione dei mostri imperniato sulla morfologia anatomica degli stessi. Sant'Isidoro tratta inoltre di animali fantastici, colmi di simbologia allegorica, come l'unicorno e la sua opera è ripresa per tutto il Medioevo. Il Medioevo costituisce altresì la fucina culturale dove prendono vita numerose storie di mostri tra meraviglioso e fantastico e che troveranno la loro feconda espressione durante il Rinascimento. Un precursore del XVI secolo di nuovi studi teratologici, iniziati estesamente nel secolo successivo, è il cremonese Realdo Colombo (ca. 1510-1559) illustre anatomista e archiatra pontificio. Egli dedica il XV° capitolo della sua opera *De re anatomica* (1559) a "quelle cose che si trovano raramente in anatomia". La teratologia si afferma quindi nel Seicento attraverso l'opera di Ulisse Aldrovandi (1522-1605) e di Fortunio Liceti (1577-1631). L'Aldrovandi compila la *Monstrorum Historia*, uscita postuma nel 1642, nella quale espone le cause che portano alla formazione dei mostri: le malformazioni sono dovute, anche per lui, a un difetto o a un eccesso di seme che determina un iposviluppo o un ipersviluppo del corpo del feto. Un'altra causa proposta è l'influenza dei pensieri materni durante il concepimento: pensieri più o meno felici possono influenzare la formazione del feto. I mostri si formano inoltre

dall'unione di animali di specie diversa o anche per influenza divina. Nella sua opera l'Aldrovandi è attento alla classificazione sistematica dei mostri, classificazione che tenta di essere guidata, per quanto possibile, dall'osservazione diretta.

Il punto di svolta nella scienza teratologica si ha tuttavia con Fortunio Liceti che nel 1616, durante il suo magistero patavino, dà alle stampe la *De monstrorum causis natura et differentiis*. Quest'opera, summa di tutte le conoscenze teratologiche fino ad allora acquisite e di nuove e moderne osservazioni effettuate dallo stesso Liceti, si suddivide in due libri: nel primo viene esposta una riflessione sul termine e sul concetto di mostro, distinguendolo dalla natura mostruosa di un determinato avvenimento, e sulle cause che portano alla formazione dei mostri. Nel secondo libro il medico ligure presenta una serie di casi che passa in rassegna e analizza. Egli distingue i mostri in *uniformi*, appartenenti cioè alla stessa specie, e in *polimorfi* formati dall'incrocio di specie differenti. Liceti classifica quindi i mostri umani, come riferito dall'anatomopatologo Ezio Fulcheri (*op. cit.*), in uniformi mutili, di natura eccedente, doppi, di difforme natura, informi, irregolari, multiformi di doppia natura umana e multiformi di doppia natura umana e ferina. L'elemento innovativo dell'opera del Liceti, come sottolinea sempre Fulcheri, sta nella ricerca delle cause delle malformazioni, cause che, talvolta, possono avvicinarsi all'inquadramento eziologico moderno ed inoltre nell'utilizzo di un criterio morfologico di classificazione. Per il Liceti le malformazioni sono imputabili tanto all'immaginazione del padre e della madre quanto all'abbondanza o alla scarsità di materia costituente il feto, alla superfetazione, alle ridotte dimensioni uterine, a difetti ereditati dai genitori, all'insufficiente apporto nutrizionale, alle passioni, a insulti fisici e traumatici violenti che possono aver colpito la madre e a patologie del feto stesso.

Nel XVII e XVIII secolo si assiste ad un acceso dibattito sulla natura dei mostri e sulle cause che portano alla loro formazione: da una parte si afferma l'evento casuale della formazione dei mostri e dall'altra si ribadisce la loro possibile origine divina inserita in

un disegno della provvidenza, il tutto supportato tanto da osservazioni anatomiche quanto da dispute filosofiche e metafisiche tra teoria della generazione spontanea e non e la nascita delle scienze della vita modernamente intese. Sempre in questo periodo si assiste alla progressiva separazione tra tradizione fantastica sui mostri e scienza teratologica.

Il XIX secolo vede in Etienne Geoffroy Saint-Hilary uno dei padri della teratologia. In questo periodo vanno inoltre diffondendosi negli ambienti accademici le collezioni di preparati anatomico-patologici e teratologici tra necessità di osservazione scientifica e gusto del macabro. Con l'avvento delle teorie evoluzioniste darwiniane e con le teorie genetiche, gli eventi teratologici vengono accostati al concetto di variazione, regressione e selezione naturale.

Le scoperte del XX secolo, guidate da genetica e biologia molecolare, hanno permesso di meglio comprendere i meccanismi di formazione delle



LICETI Frontespizio De Monstris 1665

anomalie congenite. La morfogenesi dell'organismo è un calibrato concerto di divisione, crescita, sviluppo, differenziazione e morte cellulare programmata. Questi eventi sono scanditi, in maniera assai fine, dal programma genetico contenuto nel DNA, dall'espressione genica e dalla sua regolazione che interessa tutte le cellule. Interfe-

renze di varia natura possono alterare la corretta "messa in opera" di questo programma genetico determinando le malformazioni dell'individuo. Le cause delle anomalie congenite sono dovute ad agenti endogeni come geni difettosi o deleti e anomalie cromosomiche, il cui risultato è la malformazione e ad agenti esterni di natura chimica, fisica, metabolica materna o infettiva che portano a disorganizzazioni. Gli agenti esogeni che provocano anomalie congenite sono detti teratogeni e tra quelli più noti, soprattutto al grande pubblico, si ritrovano il farmaco talido-

mide (tristemente noto soprattutto per essere la causa tra l'altro di focomelia), l'acido retinoico, l'alcol, i raggi X, la rosolia. Le attuali conoscenze in campo genetico, embriologico e di biologia molecolare hanno permesso di abbattere profondamente il rischio di anomalie congenite soprattutto grazie anche a efficaci azioni di prevenzione e screening prenatale.

Bibliografia

- R. COLOMBO, *De re anatomica libri XV Anatomia* (edizione, traduzione e commento diretto da G. BALDO), Les belles lettres, Paris 2014.

- E. FULCHERI, *Fortunio Liceti: un punto di svolta negli studi sui "mostri" e l'inizio della moderna teratologia*, in *Pathologica*, v. 94 2002.
- F. LICETI, *De monstruorum causis natura et differentis libri duo*, Gasparem Crivellarium, Patavi, 1616.
- R. J. MOES, C. D. O'MALLEY, *Realdol Colombo: "On those things rarely found in anatomy" An annotated translation from the De Re Anatomica (1559)*, in *Bulletin of the History of Medicine*, v. XXXIV, The Johns Hopkins Press, 1960.
- F. H. NETTER, *Embriologia umana ed anomalie congenite* (coordinamento e supervisione a cura di E. CASACCO), Ciba-Geigy Edizioni, Origgio 1983.
- G. ONGARO, *Atomismo e aristotelismo nel pensiero medico-biologico di Fortunio Liceti in Storie di medici e medicina*, Il Poligrafo, Padova 2008.

Ricordo delle "Giornate Psichiatriche di Folgaria"

di LUCIANO BONUZZI

In un mondo, come quello corrente, plasmato dalle regole della finanza non è facile ripensare al clima che circolava in psichiatria lungo gli anni '70 e '80 del passato secolo. Mentre l'onda, vagamente irrazionale, del '68 andava progressivamente spegnendosi, le istanze romantiche che le erano proprie mantenevano ancora una briosa vivacità nella psichiatria pubblica che, dopo l'avvento degli psicofarmaci, si incamminava verso una progressiva trasformazione della propria clientela: una clientela dove i cronici e i vecchi erano sempre più numerosi. Non stupisce pertanto che alcuni operatori, a contatto con pazienti dove la 'guarigione' era spesso precaria ed intrisa di riserve, vivessero con disagio la propria realtà clinica ed accogliessero senza grandi perplessità quei motivi romantici, un po' irrazionali, che periodicamente investono la medicina mentale (1). Il bisogno di contestazione era testimoniato da qualche segno

estriore - rifiuto del camice etc. - per esplicitare l'appartenenza ad una fede che, come tutte le fedi, aveva qualche martire (2). Il nocciolo di questa ideologia era nel rifiuto degli approcci eminentemente biologici che intonavano la psichiatria 'classica', orientando fatalmente l'assistenza che, a dire il vero, era spesso obsoleta ed estranea a quella elasticità organizzativa che è indispensabile per garantire la dignità ed il possibile benessere del paziente. In quegli anni le varie posizioni dottrinali, piuttosto che tendere ad una sintesi, andavano radicalizzandosi anche per malintesi pregiudizi politici: la psichiatria biologica, la sociologia, la psicologia, i movimenti anti-istituzionali sembravano seguire sentieri del tutto estranei fra loro (3).

Ed è in questo momento, intorno alla seconda metà degli anni '80, che prende forma l'esperienza delle 'Giornate Psichiatriche di Folgaria', volute ed organizzate da Giacomo Di Marco con l'intento di incoraggiare al dialogo per armonizzare istanze tanto diverse. Giacomo Di Marco, siciliano d'origine,

prima di diventare responsabile della psichiatria roveretana aveva operato a Venezia - era un vecchio 'ragazzo di San Servolo' - accanto ad Edoardo Balduzzi (4) dove aveva maturato quell'interesse per il Settore che costituisce la premessa per l'esercizio di una corretta psichiatria istituzionale. Le 'Giornate di Folgaria' erano articolate all'insegna di un protocollo desueto nell'ambito della medicina in quanto, con la mattinata libera, gli incontri scientifici avvenivano nel solo pomeriggio per concludersi nella tarda serata. Un clima di tolleranza, abilmente costruito, invitava all'ascolto ed al pacato confronto dei pareri, tanto che nelle ultime tornate di queste riuscite settimane i lavori erano stati allargati anche al mattino per dare voce ad interventi e comunicazioni dei più giovani fra i partecipanti. Fra i relatori, cultori degli indirizzi più diversi, va segnalata la presenza di molteplici figure rappresentative della psichiatria 'ufficiale', non solo della psichiatria accademica ma anche della Società Italiana di Psichiatria, come Antonio Balestrieri,

Carlo Lorenzo Cazzullo o Mario Maj. A Folgaria non è poi mancata la ricorrente partecipazione di studiosi che hanno conferito agli incontri un tocco di internazionalità come H. Hinterhuber (5), direttore della Clinica psichiatrica dell'Università di Innsbruck, e Salomon Resnik (6), che tanto ha fatto per la formazione psicoterapica nel Veneto; ma si possono ricordare anche R. Pycha, Eduard Klein e Tom Burns. Ed ancora, per garantire una certa trasversalità culturale nell'impostare e nell'affrontare i vari problemi, vanno segnalati gli interventi di studiosi che, cultori di scienze umane, non erano né medici né psicologi: Franco Rella, Silvana Borutti, Aldo Giorgio Gargani, Peppino Ortoleva. Fra tanti relatori va poi sottolineata la militanza di alcune figure volte a garantire la continuità atmosferica - una sorta di filo rosso - di queste 'Giornate' orientate alla ricerca di un coerente discorso istituzionale: da una parte Flavio Nosè o Giovanni Gozzetti che, allievi di Resnik, testimoniavano la rilevanza dell'approccio psicoterapico e dall'altra alcune figure che, senza interruzione, illustravano l'importanza che, nel far psichiatria, compete alla cornice organizzativa. Di questi incontri è rimasta una concreta testimonianza, ancor oggi assai utile e viva, nella pubblicazione di Atti che ora sono confluiti in qualche rivista ed ora, invece, sono stati editi come monografie in qualche collana di scritti specialistici. Si tratta, nell'insieme, di una raccolta di saggi che permette il confronto con i problemi che hanno movimentato la psichiatria pubblica italiana nei primi anni dopo la Riforma sanitaria. Le parole di presentazione con cui Giacomo Di Marco introduce ogni volume spiegano le continuità d'intenti che sostanzialmente questa lunga fatica editoriale.

Il primo volume, una sorta di manifesto programmatico, pone sul tappeto, con un saggio di Antonio Balestrieri, il problema del fondamento epistemologico in psichiatria, una disciplina dove convergono approcci naturalistici e, ad un tempo, umanistici. Seguono alcune riflessioni sull'efficacia e sui limiti della psicofarmacologia, sulle dinamiche gruppalì e sul ruolo della psicoanalisi: questioni destinate ad una concreta convivenza nella pratica professionale. Ma in questo

primo volume, dove l'attenzione per la concretezza clinica è costantemente ribadita, si presentano anche le linee programmatiche a cui dovrebbe fare riferimento una moderna scuola per infermieri psichiatrici (7). Nella seconda edizione delle 'Giornate' - dal titolo quanto mai suggestivo: *Viaggio nella psicosi* - si sottolinea la centralità della psicosi in psichiatria con "quel lungo andare", come si ama dire, che reclama il trattamento (8).



Neve

L'incontro successivo, nel costante rispetto dei differenti punti di vista, è dedicato ad un confronto fra alcune riviste: sia di riviste storiche, che fin dall'Ottocento permettono di seguire i mutevoli orientamenti della psichiatria italiana, sia di riviste degli anni correnti impegnate nel modernizzare il sapere. I periodici presenti al dibattito sono stati illustrati dai rispettivi redattori: Astengo e Santirocco per "Il ruolo terapeutico", Barison per "psichiatria generale e dell'età evolutiva", Benassi e Contini per "Rivista Sperimentale di Freniatria", Galli per "Psicoterapia e Scienze Umane", Tirelli per "Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale" (9).

La funzione terapeutica. Esperienze in campo istituzionale raccoglie, invece, i contributi di una settimana dedicata in maniera esplicita ai problemi di cura che affiorano nella pratica quotidiana; mentre Salomon Resnik, nell'intervento conclusivo, pone l'accento sull'idea di comunità e su quella di gruppo (10). Le 'Giornate' dedicate a *Il bisogno psichiatrico prolungato* continuano, per così dire, il discorso messo a fuoco nella precedente edizione valorizzando l'importanza delle

strutture intermedie intese "come tappe di un percorso" orientato verso il riordino della quotidianità senza scordare l'opportunità di una "doppia presa in carico" distinguendo "tra spazio psicoterapeutico individuale e spazio psicoterapeutico istituzionale" (11). *Famiglie in psichiatria* (12), del 1991, e *Adolescenze* (13) portano l'attenzione sul mondo della vita che fa da sfondo a tanti disturbi quali, nel tempo corrente, le tossicodipendenze illustrate da Bricolo e Cavicchiolo.

In *A che punto è la psichiatria?* Giacomo Di Marco, interrogandosi sul profilo che la psichiatria italiana è andata assumendo dopo la Riforma sanitaria, osserva come da una parte si è affermata "la cultura dell'équipe, dell'unitarietà e continuità dell'intervento e del progetto", dall'altra parte, invece, con la scomparsa del centro manicomiale si è creato un vuoto funzionale alla psichiatria privata, "oppure si è assistito alla affermazione di pratiche di distanziamento" che non hanno segnato alcun reale miglioramento assistenziale rispetto al passato (14).

Creatività psicopatologia arte (15), del 1995, segna una pausa lungo il percorso istituzionale delle 'Giornate di Folgaria': una radura, lungo un sentiero ben tracciato, dove la psicopatologia risplende di nuova luce invitando a volgere lo sguardo verso orizzonti quanto mai suggestivi. Il rapporto fra arte e psicopatologia ha sempre affascinato la cultura occidentale fin dall'età dei Greci, ma nel presente saggio qualche contributo, per quanto stimolante, sembra connesso al tema oggetto di riflessione da vaghe allusioni, sotterranee e lontane, che sfuggono all'evidenza immediata.

Con *Esercizi di psichiatria italiana. Prassi e tecniche nel lavoro istituzionale* (16) le pratiche della psichiatria pubblica ritornano al centro degli incontri, ormai giunti alla decima edizione. Il particolare momento, in cui ha ormai preso forma l'organizzazione dipartimentale con la trasformazione aziendalistica delle Unità Sanitarie, costituisce un'occasione da non perdere perché le varie équipes psichiatriche escano dall'isolamento per operare all'insegna di una "armonica coniugazione tra psichiatria ospedalcentrica e psichiatria di comunità". Nel successivo incontro - *Disturbi di personali-*

tà e terapeutica istituzionale - come segnala il sottotitolo - *1° incontro di Psichiatria Istituzionale* (17) - viene ulteriormente ribadita la centralità della psichiatria pubblica dove la supervisione si rivela quanto mai utile quando l'équipe deve misurarsi con i disturbi di personalità, una diagnosi che affiora con sempre maggiore frequenza. I volumi successivi, sempre curati da Di Marco, si propongono come voce del 'Centro Studi e Ricerche di Psichiatria Istituzionale': viene così espressa, con parole esplicite, la ragione sociale che, ininterrottamente, ha plasmato le 'Giornate di Folgaria'. In questi ultimi saggi va rilevata l'eleganza e la cura tipografica, con le copertine decorate da Luigi Gardenal la cui mano, del resto, aveva ornato molti volumi di Atti anche nel passato. *L'Istituzione come sistema di gruppi* - si tratta del secondo incontro del 'Centro Studi di Psichiatria Istituzionale' - intende esplorare proprio la dimensione istituzionale dei Servizi portando l'attenzione sui gruppi "che la costituiscono e che essa stessa costituisce" (18). *In Psichiatria di comunità e processi terapeutici* Di Marco e Maria Luisa Drigo avvertono l'esigenza di chiarire i complessi rapporti che corrono fra salute mentale e psichiatria ma anche di continuare il confronto fra psichiatria istituzionale e psichiatria di comunità (19). Ed ancora in *Corpo ed istituzioni* si riflette sul corpo nella scena terapeutica e, come sempre, si discute di istituzioni sottolineando, con compiacimento, come le 'Giornate di Folgaria' siano una delle poche occasioni in cui si ama parlarne (20). Nella sua lunga fatica organizzativa ed editoriale Giacomo Di Marco con le 'Giornate di Folgaria' ha posto sul tappeto i principali problemi che hanno movimentato la psichiatria italiana negli ultimi decenni del '900 - la Riforma sanitaria, il Dipartimento, la Salute mentale - senza scordare il ruolo dell'istituzione ma accettandone, con realistica umiltà intellettuale, il profilo, senza dubbio fluido, che la connota. A proposito di 'Folgaria', Pier Luigi Scapicchio nota che: "La struttura scientifica è stata fin dall'esordio sostenuta da un gruppo fisso di psichiatri omogeneo per formazione culturale ed interessi clinici". E più oltre, per dire degli Atti, avverte: "Certamente non

esiste una collana editoriale più significativa del percorso compiuto dalla psichiatria italiana negli ultimi venti anni. In quei libri ci sono tutti i nostri progetti, quelli realizzati e quelli abortiti, e soprattutto i nostri sogni" (21). L'impegno per la rotta tracciata a Folgaria continua in Di Marco quando in "Psichiatri oggi" narra di un corso, tenuto a Lione, sulle tecniche di cura nella psichiatria di Settore (22): un corso residenziale che sembra riflettere lo spirito che animava le sue 'Giornate Psichiatriche'. Ma una vera e propria commemorazione di 'Folgaria' la si può cogliere nel volume *La clinica istituzionale in Italia* (23) edito con Flavio Nosè. Questo saggio, accanto alla riproposta degli Atti del '1° Seminario di Psichiatria comunitaria e Socioterapia' organizzato a Milano da Diego Napolitani nel 1970, contiene infatti il commento ad ogni relazione da parte di psicoterapeuti ancor oggi militanti che per lo più facevano parte del 'tessuto stabile' di Folgaria a garanzia di una consapevole e voluta continuità di saperi e di pratiche.

Note e richiami bibliografici

- 1) Questi movimenti sono fra loro accomunati dall'intento di misconoscere la componente biologica della malattia mentale o, pur non negandone lo spessore, nel comportarsi come se la malattia non esistesse. Senza ricordare le vecchie storie di demonologia o le miracolose guarigioni officiate intorno alla tomba dell'abate de Paris, si pensi ai motivi della psichiatria romantica ottocentesca, plasmata dal sogno e da fantasie di colpa.
- 2) Non solo infermieri, coinvolti ed abbandonati (A. Realdon, *Vent'anni di psichiatria a Gorizia, in Il manicomio dimenticato*, a cura di G. Contini e E. Straticò, Bologna, Clueb, 1988, p. 27), ma anche medici che rifiutando con motivazioni ideologiche la commissione del loro concorso si sono trovati, inevitabilmente, sollevati dall'incarico (M. A. Maieron, *L'ospedale neuropsichiatrico di Varese negli anni che hanno preceduto la legge 180. Carlo Romerio, il direttore di quel periodo di transizione*, "Biografie Mediche", 5 (2015), pp. 46-52).
- 3) Per qualche cenno in merito alla difformità dei progetti assistenziali che sono andati prendendo forma, si veda: AA. VV., *Il manicomio dimenticato*, cit. Per un approccio alla fede nell'ideologia rivoluzionaria ed alla complessità delle motivazioni che la sostengono, si rimanda, invece, a: AA. VV., *Autobiografia di un Movimento. 1961-1979. Dal Manicomio alla Riforma Sanitaria*, a cura di F. Basaglia e P. Tronchina, Firenze, Unione Province Italiane - Regione Toscana - Amministrazione provinciale di Arezzo, 1979.
- 4) E. Balduzzi, *L'albero della cuccagna* - 1964-1978 - *Gli anni della psichiatria italiana*, con introduzione di G. Di Marco, Rovereto, Edizioni Stella, 2006, p. 86.

- 5) Hinterhuber, nel primo degli incontri di Folgaria, illustra le radici comuni e le differenze fra la psichiatria italiana e quella austriaca dove, fin dal 1916, era stata introdotta la possibilità del ricovero volontario (H. Hinterhuber, *Confronto fra due psichiatriche, in Giornate Psichiatriche - Altipiano di Folgaria - Trentino, 18-25 gennaio 1987*, a cura di G. Di Marco, «psichiatria generale e dell'età evolutiva», 25, suppl. 2 (1987), pp. 143-149).
- 6) Salomon Resnik, attivo fra Parigi e Venezia, ha operato a lungo anche a Verona presso la casa di cura S. Giuliana. Su Resnik: E. Levis, *Salomon Resnik e la visibilità dell'inconscio: una prospettiva veneziana, in Forme di vita, forme di conoscenza. Un percorso fra psicoanalisi e cultura*, a cura di E. Levis, Torino, Bollati Boringhieri, 2000, pp. 15-27.
- 7) AA. VV., *Giornate psichiatriche - Altipiano di Folgaria - Trentino, 18-25 gennaio 1987*, cit.
- 8) AA. VV., *Viaggio nella psicosi, Atti delle Giornate Psichiatriche - Altipiano di Folgaria - Trentino (17-24 gennaio 1988)*, a cura di G. Di Marco, "psichiatria generale e dell'età evolutiva", 27, 1 (1989).
- 9) AA. VV., *I fattori di cambiamento in terapia. Riviste a confronto*, a cura di G. Di Marco, Chieti, Métis, 1990.
- 10) AA. VV., *La funzione terapeutica. Esperienze in campo istituzionale*, a cura di G. Di Marco, Padova, UPSEL, 1991.
- 11) AA. V. V., *Il bisogno psichiatrico prolungato*, a cura di G. Di Marco, Padova, UPSEL, 1993, p. 9.
- 12) AA. VV., *Famiglie in psichiatria*, a cura di G. Di Marco, s. l. n. è d.
- 13) AA. VV. *Adolescenze*, a cura di G. Di Marco, Padova, UPSEL, 1993.
- 14) AA. VV. *A che punto è la psichiatria?*, a cura di G. Di Marco, Padova, UPSEL Domeneghini Editore, 1994, p. 9.
- 15) AA. VV. *Creatività psicopatologia arte*, a cura di G. Di Marco, Castrovillari (Cs), Teda Edizioni, 1995. Utile per impostare, nel suo insieme, il problema della creatività è la relazione di Silvana Borutti, ricca di rimandi alla fenomenologia e alla psicoanalisi. La creazione artistica viene postulata come forma epifanica che emerge dall'opacità del reale che viene ri-composto. (*Topologie dell'arte, topologie freudiane. Osservazioni epistemologiche su soggetto, realtà, immagine nella creazione artistica*, pp. 141-181).
- 16) AA. VV., *Esercizi di psichiatria italiana. Prassi e tecniche nel lavoro istituzionale*, a cura di G. Di Marco, Roma, Castelvecchi, 1997.
- 17) AA. VV., *Disturbi di personalità e terapeutica istituzionale. 1° incontro di Psichiatria Istituzionale*, a cura di G. Di Marco, "Psicoterapia e Istituzioni", IV, 2 (1997).
- 18) AA. VV., *L'istituzione come sistema di gruppi*, a cura di G. Di Marco, Mestre (Ve), Centro Studi e Ricerche Psichiatria Istituzionale, 1999, p. 10.
- 19) G. Di Marco, M. L. Drigo, *Introduzione, in Psichiatria di comunità e processi terapeutici*, a cura di G. Di Marco, Venezia/Mestre, Centro Studi e Ricerche Psichiatria Istituzionale, 1999, pp. 7-14.
- 20) G. Di Marco, M. L. Drigo, *Introduzione - Il corpo, in Corpo e istituzioni*, a cura di G. Di Marco, Venezia/Mestre, Centro Studi e Ricerche Psichiatria Istituzionale, 2000, p. 7-15.
- 21) P. L. Scapicchio, *A proposito di Folgaria, «Psichiatri oggi»*, II, 3 (2000), p. 5.
- 22) G. Di Marco, *L'elogio del rischio*, "Psichiatri oggi", VI, 5 (2004), pp. 1-7.
- 23) G. Di Marco, D. Nosè, *La clinica istituzionale in Italia. Origini, fondamenti, sviluppi*, Milano, Franco Angeli, 2010.

Medicina Generale, Fnomceo: la programmazione parta da numeri reali

La hanno chiamata **“Legge di Pacman”**, perché la sua rappresentazione grafica ricorda il profilo del protagonista del mitico videogame. In realtà la questione è serissima e si riferisce alla proiezione dei dati relativi agli iscritti alle graduatorie in Medicina Generale, calibrata sull'effettivo interesse a esercitare la Professione, che permette di calcolare, basandosi su stime realistiche, la velocità dell'accesso alla Medicina Generale nei prossimi anni. E il risultato è preoccupante: la Medicina Generale, se non si mettono subito in atto politiche di programmazione efficaci, rischia, nei prossimi 20 anni, di scomparire. Sono questi alcuni dei risultati riportati nell'**Indagine dell'Area Strategica Formazione Fnomceo**, dal titolo **“I numeri reali delle risorse umane in medicina generale”**, che è stata presentata all'ultimo **Consiglio Nazionale Fnomceo** e che alleghiamo, in versione integrale.

“Una seria e corretta programmazione delle risorse umane nell'ambito della Medicina Generale - spiega il coordinatore dell'Area Formazione, Roberto Stella - è quanto mai urgente, considerato che nei prossimi anni si prevede un importante ricambio generazionale e contemporaneamente, secondo i dati dell'Enpam, un'altrettanto rilevante gobba pensionistica dei Medici di Medicina Generale. Le graduatorie regionali potrebbero essere, in tal senso, uno strumento utilissimo ma risultano, così come sono oggi, falsate perché ammettono la persistenza “in perpetu-

um” dei medici in possesso dei requisiti, sino a revoca da parte dell'interessato. Nelle attuali graduatorie sono quindi ricompresi medici già convenzionati, medici ultrasettantenni, in pensione, medici che comunque non aggiornano il punteggio o lo fanno in maniera disordinata. Abbiamo allora rielaborato i dati, “epurando” le graduatorie dai medici che, secondo i criteri da noi messi a punto, risulterebbero non interessati all'accesso”.

In sintesi, lo studio, condotto con analoghi risultati sulle graduatorie di tre Regioni (Emilia Romagna, Toscana e Calabria), considera ai fini di una corretta programmazione in Medicina Generale, non il numero assoluto dei medici iscritti nelle graduatorie regionali, ma solo il **40%** di tale campione. Partendo da queste cifre, si calcola tramite la formula ribattezzata appunto **“Legge di Pacman”** - la **velocità di accesso** alla professione, che è direttamente proporzionale alla percentuale di medici non interessati e inversamente proporzionale al numero di medici interessati.

“Questo metodo, da noi applicato su diverse Regioni - conclude Stella - ha permesso di creare una proiezione delle risorse umane della Medicina Generale a 5, 10 e 20 anni. Tale curva, confrontata con la curva dei medici pensionandi, crea sui dati Enpam, mette in luce una situazione preoccupante. La forbice che si crea, infatti, è molto netta e consente ben poche letture alternative al pericolo di scomparsa, nei prossimi 20 anni, della

Medicina Generale, a meno che si inizi sin da subito una corretta programmazione, basata sui numeri”.

AI COLLEGGI DELL'OSPEDALE DI NOLA, E NON SOLO A LORO....

«Voglio ringraziare i medici che hanno curato a terra i pazienti nel pronto soccorso di Nola.

Voglio ringraziare tutti i colleghi: medici ospedalieri, medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, della continuità assistenziale, dell'emergenza sanitaria territoriale.

Tutti i medici che lavorano in strutture sanitarie private accreditate che in qualche modo hanno contribuito a rendere sostenibile il dramma assistenziale di questi giorni».

Così Silvestro Scotti, in qualità di presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli e portavoce della Federazione degli Ordini della Campania.

Alla sua voce, vogliamo unire la nostra. Grazie a tutti i medici e al personale sanitario che ogni giorno risponde alle necessità della gente lottando con risorse sempre più scarse ed una burocrazia sempre più asfissiante.

Il comitato di Redazione di Verona Medica

REGISTRO ITALIANO DEI MEDICI - NUOVA INIZIATIVA

Ci è giunta una segnalazione concernente una nuova iniziativa, a nome della **“Euromedi* - European Medical Directory”** la quale, dall'esame della documentazione pervenuta, appare del tutto simile alla ben nota richiesta di **“aggiornamento dati”** del Registro Italiano dei Medici.

È necessario, pertanto, prestare la massima attenzione in caso di ricevimento di tale modulistica, evitando di sottoscriverla.

La nuova legge sulla responsabilità professionale

Primi commenti in attesa della sua pubblicazione.

Il comma 1 dell'art. 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida) - nel testo approvato dal Senato - afferma il principio che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni indicate dalle linee guida definite e pubblicate ai sensi del medesimo articolo 5 e, in mancanza, alle buone pratiche clinico-assistenziali.

L'art. 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria) concerne l'ambito dei reati di omicidio colposo e di lesioni personali colpose, con riferimento agli eventi verificatisi a causa di imperizia nell'esercizio della professione sanitaria.

La normativa vigente - abrogata esplicitamente dal comma 2 dell'articolo 6 - **esclude la responsabilità in esame per i casi di colpa lieve**, qualora, nello svolgimento della propria attività, l'esercente la professione sanitaria si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

Il comma 1 dell'articolo 6 non opera distinzioni generali tra gradi di colpa, escludendo la punibilità per i casi in cui siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, e sempre che risultino adeguate alle specificità del caso concreto, ovvero, in mancanza di esse, alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Di fatto la versione dell'articolo 6 - così come riformulata dalla Commissione Igiene e Sanità - corrisponde a quella

proposta come condizione nel parere della Commissione Giustizia del Senato. **Il disegno di legge approvato dal Senato introduce, quindi, nel codice penale un nuovo articolo, il 590-sexies, che esclude la punibilità nel caso in cui l'evento si sia verificato a causa di imperizia e il professionista abbia rispettato le raccomandazioni delle linee guida o, in mancanza di queste, di essersi attenuto alle buone pratiche clinico-assistenziali, fermo restando il suo diritto-dovere di valutare l'adeguatezza delle raccomandazioni e commisurare quindi la sua condotta alle esigenze di quello specifico paziente, in quello specifico contesto operativo.**

L'art. 7 (Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria) introduce invece innovazioni al sistema della responsabilità civile in ambito sanitario. **Il provvedimento prevede infatti due diversi regimi di responsabilità in ragione dei soggetti coinvolti dall'azione di risarcimento. Le strutture sanitarie rispondono per inadempimento contrattuale** (con inversione dell'onere della prova e prescrizione a dieci anni) **anche per le condotte colpose e dolose degli esercenti le professioni sanitarie di cui a qualunque titolo si avvalgono come prestatori d'opera. Il comma 1 conferma infatti che la responsabilità civile della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose degli esercenti professioni sanitarie, anche qualora essi siano stati scelti dal paziente e non siano dipendenti della struttura medesima, è di natura contrattuale.** Il comma 2 dell'art. 7 specifica che tale forma di responsabilità civile della struttura trova applicazione anche con riferimento alle prestazioni sanitarie svolte in regime di **libera professio-**

ne intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica (fattispecie inserita dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato) ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Gli esercenti le professioni sanitarie, a qualunque titolo operanti in strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, qualora direttamente chiamati in causa, rispondono del proprio operato per fatto illecito (ex articolo 2043 del codice civile, cosiddetta responsabilità extracontrattuale con onere della prova a carico del ricorrente e prescrizione a cinque anni) salvo che abbiano agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente (tale precisazione è stata inserita dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato). Il secondo periodo del comma 3 inserito dalla Commissione Igiene e Sanità prevede che il giudice, ai fini della determinazione del risarcimento del danno, tenga debitamente conto dell'eventuale circostanza che il professionista si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di esse, alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Dall'esame dell'articolo 7 emerge, quindi, che agli esercenti delle professioni mediche in regime di libera attività professionale pura si continua ad applicare il regime della responsabilità contrattuale.

L'art. 8 (Tentativo obbligatorio di conciliazione) prevede l'obbligo preliminare di colui che esercita un'azione di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria innanzi al giudice civile di proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente; tale richiesta è condizione di pro-

cedibilità della domanda di risarcimento. L'articolato stabilisce che il giudice nomina un consulente tecnico d'ufficio con il compito di conciliare la lite nel tempo massimo di sei mesi e con obbligo delle parti coinvolte di partecipare alla procedura, comprese le assicurazioni; qualora la conciliazione non riesca o trascorso il termine dei sei mesi si va in giudizio, anche ricorrendo al rito sommario. Obiettivo della norma è quello di ridurre la pressione delle azioni risarcitorie direttamente rivolte agli esercenti le professioni sanitarie e a favorire la risoluzione della lite in fase pregiudiziale in tempi rapidi e certi o, in mancanza di conciliazione, di acquisire al processo tutti gli atti prodotti.

L'art. 9 disciplina l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa. I commi 1 e 5 dell'articolo 9 limitano la possibilità di azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave. I commi da 2 a 4 e 6 dell'art. 9 recano una disciplina specifica dell'azione di rivalsa, mentre il comma 5 reca norme specifiche per l'azione di responsabilità amministrativa. La Commissione Igiene e Sanità ha invece innovato il comma 5 dell'art. 9, **ripristinando, rispetto al testo approvato dalla Camera dei Deputati, la giurisdizione della Corte dei conti per le azioni di responsabilità amministrativa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria per dolo o colpa grave, in caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta nei confronti della struttura pubblica.**

L'Assemblea del Senato ha approvato poi un emendamento che prevede che "in caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito

nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo".

L'art. 10 (Obbligo di assicurazione) nel testo emendato approvato dal Senato stabilisce al comma 1 che "**Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina**".

Il comma 2 dell'art. 10 dispone l'obbligo, a carico dei professionisti sanitari che svolgano l'attività al di fuori delle strutture suddette o che prestino la loro opera all'interno delle stesse in regime libero-professionale, di assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio della medesima attività; **il testo approvato dal Senato fa riferimento anche al caso in cui il professionista si sia avvalso della struttura nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.**

Si ricorda che nell'ordinamento vigente, secondo l'interpretazione del Consiglio di Stato (parere espresso dalla Sezione Seconda, nell'Adunanza di Sezione del 17 dicembre 2014, pubblicato il 19 febbraio 2015), l'obbligo di assicurazione per i sanitari liberi professionisti non è ancora operante, nelle more dell'adozione del regolamento governativo sulle procedure ed i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi in oggetto.

Il comma 3 introduce l'obbligo per gli

esercenti attività sanitaria, operante a qualsiasi titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche o private, di stipulare un'adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile per colpa grave, al fine di garantire efficacia alle azioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa di cui all'art. 9 nonché - all'azione di rivalsa, da parte dell'impresa di assicurazione, di cui all'art. 12, comma 3.

L'art. 13 (Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità) prevede che le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche o private, e le imprese di assicurazione comunichino all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, nelle forme ivi stabilite; **in base alla riformulazione dell'articolo approvata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, l'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'art. 9.**

L'art. 14 (Fondi di garanzia per i danni derivanti da responsabilità professionale) prevede l'istituzione di un fondo di garanzia finanziato con percentuali di premi assicurativi del settore, per coprire gli eventuali risarcimenti sovra-massimali o le condizioni di insolvenza delle imprese assicuratrici.

L'art. 16 (Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario) esclude al comma 1 che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico possano essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari. Il comma 2 prevede che l'attività di gestione del rischio sanitario (nelle strutture pubbliche e private) sia coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

ROBERTA CHERSEVANI



Il Nuovo Consiglio Provinciale FIMMG

In data 29 novembre 2016 si sono tenuta l'Assemblea Provinciale FIMMG che ha eletto i nuovi componenti del Consiglio Provinciale. Questi i nomi degli eletti:

CONSIGLIERI ELETTI:

Dott.ssa BONFANTE Nicoletta
Dott.ssa CABRIOLU Mara
Dott. FERRO Efrem
Dott. FRAPPORTI Guglielmo
Dott. FRIGO Antonio
Dott. GIROTTI Sandro
Dott. MARAFETTI Claudio
Dott. MICCHI Alessio
Dott. PETRAROTA Vito
Dott. RIGON Giulio
Dott.ssa ROSA Bianca

Dott. SOAVE Renzo
Dott. TESTI Cesare
Dott. TIVELLI Alberto
Dott. ZANE Vanni

REVISORI ELETTI:

Dott.ssa CRESSONI Maria Chiara
Dott.ssa TOGNELLA Patrizia

PROBIVIRI ELETTI:

Dott. CORDIOLI Lucio
Dott. MORA Roberto
Dott. SALVATORE Claudio

Ai neo eletti i complimenti del Comitato di Redazione di Verona Medica insieme con l'augurio di buon lavoro.

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.

FIMMG Verona Eletto il Nuovo Esecutivo Provinciale

Il Consiglio Direttivo Assistenza Primaria FIMMG, riunitosi il 13 dicembre u.s., ha eletto il nuovo **Esecutivo Provinciale** per il quadriennio 2016 – 2020 così composto:

Dott. GUGLIELMO FRAPPORTI
Segretario Provinciale Generale

Dott. CLAUDIO MARAFETTI
Vice - Segretario Vicario

Dott. ALESSIO MICCHI
Vice - Segretario

Dott. RENZO SOAVE
Segretario Amministrativo

Confermato Segretario Organizzativo il dott. PERUZZINI CARLO MATTEO.

Ai neo eletti i complimenti del Comitato di Redazione di Verona Medica insieme con l'augurio di buon lavoro.

S.O.S. – Sostituzioni

Si prega chi è interessato a dare la propria disponibilità per sostituzioni in medicina generale, di compilare il tagliando riportato a pagina 54 e di spedirlo all'Ordine (Via Locatelli 1, 37122 Verona).

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
AVESANI ANNA	Via Astico 6	Verona	NO	340 3415149	
AVESANI MARIA	Via Puglie 7/D	Verona	SI	349 7566774	
BARAKAT ZIAD	Via Franchetti 6	Verona	NO	334 9594162	
BARONI ANNA	Via Minghetti 34	San Bonifacio	NO	347 2613726	
BATTOCCHIO GIULIA	Via Filippo Rosa Morando 4/A	Verona	NO	349 6692605	
BELLESINI CHIARA	Via Adelardo 5	Verona	NO	349 6818732	
BERNASCONI RICCARDO	Piazza dei Caduti 20	Verona	NO	347 3023695	045 956158
BERTASSELLO PAOLO	Viale Manzoni 14/A	Verona	NO	340 2220831	
BIANCHI ANNALISA		Verona	SI	347 6747424	
BIONDAN MARTA	Via XXV Aprile 13/A	Ronco all'Adige	NO	380 7080065	
BONDAVALLI TOMMASO	Via Nino Bixio 5/A	Verona	NO	340 8571236	
BRAGGIO LEONARDO	Piazza Del Porto 19	Verona	NO	3483141779	
BRAVIN GIOVANNI	Via Bozzini 5	Verona	NO	340 3135628	
CARAMORI ALBERTO	Via Zinetti 23	Sanguinetto	NO	349 6002670	
CASATO CLAUDIA	Via Fontanelle Santo Stefano 10	Verona	NO	349 7346949	
CAZZOLA ANDREA	Via Carducci 12	Casaleone	NO	340 9870019	
COLPO SILVIA	Via Isola della Scala 19/A	Vigasio	NO	348 0322252	
COSARO ELISA	Via R. Adelaide 12	Verona	NO	348 0105135	
COSTA MARCO	Via Legnago	Verona	NO	349 6607297	
DE TOGNI FRANCESCA	Via Don Arcadio Merlini 3	Zevio	NO	329 8509348	
DI LECCE IRENE	Contrada Polese 10	Verona	NO	340 4660932	
DONELLA ENRICA	Lung. Sammicheli 11	Verona	NO	333 2989936	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via Benassu' Montanari 17	Verona	SI	392 7509915	045 8400667
FORIERI ELISA	Via Ruffo 11	Verona	NO	340 8742930	
FORMAGLIO ANDREA	Via F. Cusinati 136	Castagnaro	NO	328 5354060	
FORMENTI SERENA	Via Vendri 7	Verona	NO	347 9470017	
GELMINI VALENTINA	Via Urbano III° 30	Verona	NO	347 5045135	
GIARLETTA MARIO	Via Marsala 39/C	Verona	NO	340 4664682	
GIOELI FEDERICA	Via Montemezzi 8	Verona	NO	348 0394896	
GOIO ELISABETTA	Via Locchi 33	Verona	NO	349 4316232	
GOLABEK GIORGIA	Vicoletto Cieco Fondachetto 15	Verona	NO	340 2951484	
GOZZO ALESSANDRA	Via M. Kolbe 17/B	S. Ambrogio Valpolicella	NO	340 5968592	
GRANATO ANNA	Via XXIV Maggio 37	Verona	NO	349 4120479	
GRASSO DANIELA	Via Chiesa 3	Domegliara	NO	349 5578380	
GUARDALBEN EMANUELE	Via Scrimiani 51/A	Verona	NO	347 9420737	
IDOLAZZI CHIARA	Via C. Colombo 1	Negrar	NO	340 8445299	
INGRA' JESSICA	Via Montello 5	Verona	NO	347 1113134	
LAVINI ANNA	Vicolo Corte Spagnola 1	Verona	NO	347 3699688	
MACCHIONE GILDA	Via Don L. Bassani 1	Verona	NO	389 1503087	340 7311326
MAGALINI FEDERICA	Via Fonte Menago 4	Verona	NO	340 9697268	
MANTOVANI ALESSANDRO	Via P.P. Cornelianò 11	Verona	NO	340 3047101	
MARTINI NICOLO'	Via Franchetti 6	Verona	SI	335 5940186	
MASCHERINI ELEONORA	Via C. Colombo 52	San Bonifacio	NO	333 8356927	
MASSARUTTO ALESSIA	Via A. Zanella 10	Sommacampagna	SI	328 2660746	
MASTELLA CARLOTTA	Via Valerio Atullo 9	Verona	NO	389 4823311	
MAURELLI MARTINA		Valeggio s/M	NO	331 3344720	
MELLA ALESSANDRO	Via Treviso 10	S. Giovanni Lupatoto	NO	340 3180984	
MIGLIOZZI MARIA	Via Marin Faliero 9	Verona	NO	349 7043877	
MIOSO VITTORIO	Via Vittorio Veneto 28	Isola della Scala	NO	346 7788712	
MIRANDOLA MARIA TERESA	Via Valdonega 58	Verona	NO	349 3312420	
MURARI ANGELA	Via Brollo 61	Albaredo d'Adige	NO	340 7088508	
NARDI CLAUDIA	Via Pascoli 8	S. Martino B.A.	SI	349 1560846	

GIOVANI E PROFESSIONI

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
OBINU LUCA	Via Della Valverde 59	Verona	SI	346 0237386	
PATUZZO SERENA	Via C. Casalino 1017	Isola Rizza	NO	366 6097997	
PEDUZZI GIULIA	Viale Verona 11	Pescantina	NO	349 2107397	
PERBELLINI SEBASTIANO	Via Belfiore 194	Verona	NO	348 6704762	
PETTENUZZO ROBERTO	Via Cavour 16	Buttapietra	NO	045 6660027	339 6400855
PIOVESAN RAFFAELLA			NO	349 1391744	
POLI CRISTIAN	Via Monte Bondone 5	Buttapietra	NO	380 4108812	
RODA VALENTINA	Via Seminario 1	Verona	NO	345 9277566	
ROSSI MARIANNA	Piazza Pozza 7	Verona	NO	340 6763709	
SARTORI LETIZIA	Via M. Faliero 16	Verona	NO	377 9750196	
SCIMEMI ALBERTO	Via Vasco De Gama 8/1	Bardolino	NO	348 5431194	
STEFANI KRISANA	Via Brunoro della Scala 9	Verona	NO	320 2836639	
TACCHELLA ALESSANDRO	Via A. Catalani 3	Verona	NO	348 8166605	
TIN ELEONORA	Via Angelo Poli 20	Villabartolomea	NO	348 2978163	
TISATO MARIA GIULIA	Via Zancle 66	Verona	NO	340 8348667	
TORRESANI STEFANIA	Via Don L. Benassuti 2	Cerea	SI	340 3934368	
VERALDI VITALIANO	Via A. Di Cambio 16	Verona	NO	328 5679985	

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN PEDIATRIA

Cognome - Nome	Via	Località	Spec. in Pediatria	Telefono 1	Telefono 2
BARONI ANNA	Via Minghetti 34	San Bonifacio	NO	347 2613720	
BATTOCCHIO GIULIA	Via Filippo Rosa Morando 4/A	Verona	NO	349 6692605	
BORGHESANI MARISA	Via Pradelle 57	Verona	SI	360 566631	340 1461078
BRUNELLI MARIA ANGELA	Via Ca' Paletta 39/A	Negrar	SI	339 8433614	
CERAVOLO ROSSANA	Via Del Pontiere 4	Verona	SI	338 3641543	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via Benassu' Montanari 17	Verona	NO	392 7509915	045 8400667
GIARLETTA MARIO	Via Marsala 39/C	Verona	NO	340 4664682	
MASCHERINI ELEONORA	Via C. Colombo 52	San Bonifacio	SI	333 8356927	
MASTELLA CARLOTTA	Via Valerio Catullo 9	Verona	NO	389 4823311	
PAIOLA GIULIA	Viale Venezia 2	Cologna Veneta	SI	349 5060447	
TENERO LAURA	Via Montelungo 39/B	Lavagno (VR)	SI	349 5114175	
TURCO CAMILLA	G.B. Cavalcaselle	Verona	SI	347 5156098	
VOLTOLINI CLAUDIA		Montorio	SI	340 5803066	320 3821013
ZANONI LAURA	Via G.B. Bodoni 15	Verona	NO	349 2249827	

SONO INTERESSATO A DARE LA MIA DISPONIBILITÀ PER SOSTITUIRE I COLLEGHI DI
(BARRARE)

MEDICINA GENERALE
 PEDIATRIA

COGNOME

NOME

VIA N.

CAP CITTÀ

TELEFONO / /

Possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale SI NO

Possesso della Specializzazione in Pediatria SI NO

Chi cerca... trova

Preghiamo chi è interessato a compilare il modulo che si trova a pag. 26 ed a volercelo inviare. Si prega inoltre di scrivere l'annuncio in maniera chiara (stampatello).

Si raccomanda di segnalare alla Redazione le inserzioni andate "a buon fine" per permetterne la "Clearance". La Redazione provvederà comunque alla sospensione degli annunci dopo un certo numero di pubblicazioni. Si accettano solo annunci "brevi".

Per aiuto in Ricerche Bibliografiche **OFFRO** consulenza gratuita ai colleghi.

bassi.renzo@tiscali.it
Tel. 339 8032600

Medico di Verona **CERCA** appartamento per acquisto zona alto lago. Caratteristiche: piacevole, con vista lago o piscina, anche arredato, 2 camere da letto, già ristrutturato, posto auto. Per contatti: ore pasti (meglio serali)
Tel. 339 2972244

Signora referenziata **CERCA** lavoro come SEGRETARIA part time in studio medico/odontoiatrico preferibilmente Verona città o immediate vicinanze. Esperienza pluriennale in studi medici, front office, ottima padronanza sistemi informatici, contabilità. Iscrizione all'Albo n. 6278
Cell. 347 9508387

Studio Furlani srl **SELEZIONA** Pedodontista per sostituzione maternità da gennaio a dicembre 2017. L'impegno minimo previsto sarà il martedì e il giovedì pomeriggio, più una mattina a scelta da lunedì a giovedì. E-mail: dottorfurlani@studiodofurlani.com
Tessera Ordine n. 72

VENDO lettino pieghevole, Pellegrini Medicina Legale completa, Collana monografica completa aggiornamenti clinico-terapeutici (n. 70-80 volumi) dal 1973 al 1980 ed altri di annate precedenti. Inoltre vendo altri trattati di medicina legale.
Tel. 333 2153742
Tessera Ordine n. 1001

AFFITTO ambulatorio-ufficio piano terra Via Bezzacca (Borgo Trento) a 300 euro mensili, comprensivi di riscaldamento, luce e spese condominiali.
Tel. 333 2153742
Tessera Ordine n. 1001

Istituto Clinico San Rocco, facente parte del Gruppo Ospedaliero San Donato **RICERCA** medici specialisti per integrare ed implementare la propria équipe di Pronto Soccorso/DEA. È previsto un contratto di assunzione a tempo indeterminato in libera professione. I medici interessati possono contattare direttamente il Responsabile del Servizio PS/DEA dr. GABANETTI PIERLUCA, od inviare un Curriculum Vitae. E-mail: pierluca.gabanetti@grupposandonato.it

AFFITTASI/VENDESI ampio studio medico dentistico con tre spazi operativi in contesto d'epoca, completamente ristrutturato. Comodità di parcheggio. Zona Borgo Trento.
Tel. 347 1240532 (Elisa) dopo le ore 14,00
Tessera Ordine n. 2144

VENDO bell'appartamento di 110 mq circa in villa bifamiliare esclusiva, presso Montericco (Arbizzano-Verona), con garage coperto e giardino di proprietà. Prezzo interessante. Possibilità subentro mutuo. Libero fin da subito.
Tel. 334 8839394
Tessera Ordine n. 727

CERCO odontoiatra per collaborazione con esperienza in conservativa, endodonzia e igiene orale.
Tel. 334 8839394
Tessera Ordine n. 727

AFFITTO studio medico convenzionato, per eventuale subentro a breve, in San Pietro in Cariano, con due locali.
Tel. 339 6213410 - 347 7792443 - 045 7502253
Tessera Ordine n. 5023

AFFITTASI • VENDESI a Verona zona Borgo Trento, signorile studio medico con ambulatorio chirurgico autorizzato, piano rialzato, doppio ingresso.
Tel. 339 7469977
Tessera Ordine n. 38248 (Ordine Medici Milano)

AFFITTASI a Verona in via 4 Novembre (Borgo Trento), appartamento con ingresso, soggiorno, cucina abitabile, bagno fenestrato, camera matrimoniale, cantina. Disponibile dal 1° gennaio 2017.
Tel. 328 4898470
Tessera Ordine n. 7538

Poliambulatorio di nuova apertura in Corso Milano, frontestrada vetrinato, **CERCA** Collaboratore specialista per condivisione spazi e servizi.
Tel. 045 577871
Tessera Ordine n. 810

AFFITTASI uno studio medico specialistico (destinato a ginecologo, dermatologo e/o omeopata) presso nuovo centro medico composto da 5 studi a S. Maria di Negrar, adiacente a 4 medici di base ed 1 pediatra.

Per informazioni telefonare al 347 2100670



FLEXFORM

FLEXFORM | MADE IN ITALY

Home at last.

Ballarini Interni

info@ballarini-interni.com

Via del Lavoro 18
Valgatara di Valpolicella (VE)
Tel. 045.6800525
Fax 045.7704900

Via Varini 50
Marco di Rovereto (TN)
Tel. 0464.943220
Fax 0464.942306

**GROUNDPIECE
DIVANO
COMPONIBILE**

design by
Antonio Citterio

FLEXFORM
www.flexform.it

