

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

**Protocollo di intesa sulle dimissioni
dei pazienti terminali pag. 16**

**Il contesto della cura come spazio
comunicativo. Un'analisi sociologica pag. 26**

Epidemiologia del Dolore pag. 31

**I disturbi del neurosviluppo:
un approccio di sistema pag. 39**

3

**SETTEMBRE
2019**

VERONA MEDICA

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

Anno LIV n. 3 SETTEMBRE 2019

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
Francesco Bovolin, Roberto Mora, Carlo Matteo Peruzzini,
Franco Del Zotti, Marco Caminati, Giulio Rigon.

Consiglio Direttivo
Presidente: Carlo Rugiu
Vice-Presidente: Lucio Cordioli
Segretario: Fabio Marchioretto
Tesoriere: Caterina Pastori

Consiglieri
Giorgio Accordini, Elena Boscagin, Francesco Bovolin,
Giorgio Carrara, Pasquale Cirillo, Amedeo Elio, Fabio Facincani,
Alfredo Guglielmi, Franca Mirandola, Anna Maria Musso, Francesco Orcalli,
Carlo Matteo Peruzzini, Claudio Salvatore

Revisori dei Conti
Franco Bertaso, Vania Teresa Braga, Anna Tomezzoli

Revisore dei Conti Supplente
Andrea Bonetti

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

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

Foto di Copertina
Roberto Mora
Drepanos - Igoumenitza, Grecia

INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

EDITORIALE

4 *L'unione fa la forza*

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 *Giornata del Medico e dell'Odontoiatra*

8 *Verbalì del Consiglio e delle Commissioni*

13 *... Ma quanto mi costi?*
Intervista alla Dott.ssa C. Pastori,
Tesoriere dell'ordine

16 *Protocollo di intesa sulle dimissioni*
dei pazienti terminali

LETTERE

18 *Il rapporto medico-paziente all'epoca di internet*

19 *Sanità digitale*

ALBO ODONTOIATRI

22 *Pubblicità sanitaria: finalmente le "linee guida"*

24 *Verbalì della Commissione Odontoiatri*

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

26 *Il contesto della cura come spazio comunicativo.*
Un'analisi sociologica

AGGIORNAMENTO

31 *Epidemiologia del Dolore*

39 *I disturbi del neurosviluppo: un approccio di sistema*

PROFESSIONE E LEGGE

41 *Linee guida nazionali sul Pronto Soccorso.*
Misure vecchie e nuove

42 *Dati sanitari in un database aziendale? È lecito?*

43 *Specializzazioni mediche: per il 2018-19*
ci sono 2 mila borse in più!

ATTUALITÀ

45 *Veneto: via libera all'assunzione di 500 giovani*
medici neolaureati

48 *Piano nazionale liste d'attesa, Luci e Ombre*

49 *Foglio di Dimissione con inclinazione sessuale:*
tra dovere dell'anamnesi e dovere del segreto
professionale

50 *Rapporto AIFA 2018 sui vaccini: si conferma*
efficacia e sicurezza

STORIA DELLA MEDICINA

51 *Medicina e psichiatria nell'immaginario*
di Georges Simenon

FNOMCeO

54 *Sperimentazione clinica dei medicinali. Nuove regole*

54 *Morbillo: consigli per chi viaggia*

ENPAM

55 *ENPAM: entro il 31 ottobre il pagamento dei*
contributi proporzionali "Quota B"

56 *Enpam. Proroga al 30 settembre per presentazione*
Modello D per medici e dentisti forfetari e soggetti Isa

LIBRI RICEVUTI

57 *MEDICINA GENERALE Storie e Clinica*
della pratica quotidiana

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

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

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

L'unione fa la forza

Care Colleghe e cari Colleghi, torno a scrivervi per raccontarvi che cosa è successo nelle ultime settimane, da ferragosto a metà settembre.

16 Agosto

Tutto comincia il 16 di Agosto quando ricevo, attraverso la addetta stampa dell'Ordine, dottoressa Laura Perina, il comunicato stampa (CS) n.1348-2019 della regione Veneto, inviato alla ANSA il 14 agosto (!) in merito a due delibere relative alla formazione e alla assunzione di 500 medici neolaureati da inserire in assistenza nelle aree del Pronto Soccorso e della Geriatria.

Questo il CS della Regione :” Con due delibere approvate oggi dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla Sanità, Manuela Lanzarin, è stato dato il via libera all'assunzione con contratti autonomi di 500 giovani medici, laureati e abilitati, ma non ancora in possesso della specializzazione, che frequenteranno un corso di formazione pratico e teorico, al termine del quale, con il tutoraggio di colleghi strutturati, 320 verranno introdotti al lavoro nell'area del Pronto Soccorso e 180 in quella della Medicina Internistica (Medicina Generale e Geriatria). L'operazione avrà un costo annuo di circa 25 milioni, la quasi totalità legati agli stipendi dei nuovi assunti.”

La mia prima sensazione fu di stupore: possibile che una notizia così importante mi arrivasse sul telefonino la mattina di venerdì 16 agosto, in un giorno che, se non era festivo, poco ci mancava, essendo il venerdì dopo ferragosto ? Il mio primo pensiero fu: mi sono perso qualcosa ? Ci sarà stata qualche comunicazione precedente che, come Presidente di questo Ordine, mi è sfuggita ? Pensai anche che era quantomeno inusuale che venissi a conoscenza di una notizia di questa portata tramite l'addetta stampa - brava - e che non fossero stati utilizzati dalla Regione

canali di comunicazione ufficiali e più ortodossi. Pertanto, mi misi in contatto con gli altri Presidenti, ma tutti erano nella mia stessa situazione: all'oscuro che la Regione stesse lavorando a queste delibere. Anche i vertici dell'Ateneo Veronese con i quali sentii il dovere di confrontarmi non erano a conoscenza che l'assessorato alla Sanità della Regione stesse preparando le famose delibere.

Le delibere vertevano su due campi particolarmente critici della assistenza – il paziente che accede al P.S. e quello internistico-anziano – come a tutti noto, un paziente fragile, pluripatologico, spesso in equilibrio precario, che richiede competenze multidisciplinari e un approccio integrato fra vari specialisti con profonda formazione culturale e costante aggiornamento. Mi domandai come la Regione potesse pensare di formare dei neolaureati in poche settimane, quando le Scuole di Specialità necessitano di quattro o cinque anni per diplomare gli specialisti, e gradualmente permettergli di raggiungere una formazione ed una autonomia decisionale sufficiente per poter affrontare in sicurezza, per loro e per i cittadini, il mondo del lavoro.

L'assessore Lanzarin affermava che queste “Sono delibere coraggiose che non abbiamo inventato oggi, ma sulle quali abbiamo lavorato mesi” tanto che la loro previsione era già all'interno del Piano Socio Sanitario 2019-2023. Ecco, qui veniva toccato un altro punto che mi lasciava sconcertato: ci stavano lavorando da mesi ! Ma senza dirlo nessuno ?! Senza mai pensare di coinvolgere gli Ordini, le Scuole di Medicina delle due Università del Veneto, le Organizzazioni Sindacali? Programmazione, condivisione delle scelte, discussione di programmi formativi erano solo parole e non argomenti di un confronto che si sarebbe dovuto svolgere nei mesi precedenti.



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

17 Agosto

Il presidente Anelli uscì con un CS molto critico nei confronti delle due delibere, giudicando “il rimedio peggiore del male”, e paventando “ il rischio di abbassare la qualità dell'assistenza ai cittadini e di formare dei giovani precari con incertezze legate al loro inquadramento contrattuale e alla copertura assicurativa.

A distanza di 48 ore dalla ufficialità delle delibere la FNOMCeO aveva già preso una posizione ufficiale.

Ora toccava a noi presidenti del Veneto: seguirono 24 ore di confronto serrato fra noi Presidenti della Federazione Regionale: subito ci rendemmo conto che non potevamo aspettare oltre, che dovevamo far sentire il nostro punto di vista, che però, non era facile da riassumere, perché all'interno della Federazione vi erano posizioni di maggiore critica ed altre più accondiscendenti sulle scelte della Regione, pur criticandone la sostanza.

Ci fu un confronto nel fine settimana del 17 e 18 agosto, giornate nelle quali alcuni di noi cercarono, con successo, di prendere contatti con i Presidenti delle Scuole di Medicina e con i Magnifici Rettori per “sentire il polso del Mondo Universitario” e concordare, se possibile, una road map comune. Ecco, ci fu da subito, tra tutti noi, la ricerca di una posizione comune, identitaria fra i vari Or-

dini, confortata dal supporto e dalla condivisione delle nostre scelte con le Scuole di Medicina.

18 Agosto

Nacque così il primo CS, sottoscritto da tutti i Presidenti degli Ordini del Veneto, del quale riporto di seguito i punti salienti: “Gli Ordini ricordano che è compito fondamentale dell’Università provvedere alla specializzazione dei medici neolaureati e che eventuali master e corsi post specialità da parte della Regione Veneto debbono essere preparati in accordo con le strutture universitarie e gli ordini professionali...”

A carenze straordinarie, cioè fuori dalla realtà ordinaria, servono interventi straordinari, ma questo non giustifica la messa in discussione dei canali formativi istituzionali e la drastica riduzione del tempo di studio a vantaggio di un orario assistenziale di qualità ridotta, con medici la cui tutela assicurativa è tutta da inventare.... Il problema centrale è l’abbassamento della qualità dell’assistenza al cittadino in un Sistema Sanitario Regionale che ha retto essenzialmente grazie al senso di responsabilità degli operatori.

Se il Pronto Soccorso è la porta d’ingresso di un ospedale, i reparti di Medicina e di Geriatria sono da sempre quelli deputati ai ricoveri in urgenza, reparti a cui serve la guida di un medico esperto perché le sue responsabilità sulla vita e la morte dei pazienti sono gravi ed immediate. La delibera di Ferragosto 2019 della Regione Veneto vuole contribuire a risolvere il problema, una delibera rivoluzionaria per la quale è stato dichiarato un lavoro preparatorio di mesi senza che ci sia mai stato il tempo per un confronto fra la Regione Veneto e le rappresentanze della Professione su questo argomento.

Era stato proposto da tempo un allargamento straordinario dei posti in Specializzazione facendo restare la formazione teorica a carico dell’Università e la formazione sul campo a livello di Ospedali in convenzione, realtà peraltro già presenti ed operative ma in minima parte a livello della nostra Regione.

In qualità di Enti Sussidiari dello Stato posti a garanzia della qualità della professione medica ed odontoiatrica chiediamo al Presidente Zaia un incontro per superare le criticità che ravvediamo nelle delibere citate ed avere garanzie sul percorso formativo e sull’assistenza qualificata ai nostri malati”. La nostra preoccupazione fu pienamente condivisa e sostenuta dalle Università di Padova e Verona che identificavano nell’imbutto formativo e nel carente finanziamento delle borse di studio specialistiche la causa dei mali odierni e intitolavano il loro CS: “ Il malato è grave, ma la terapia è sbagliata”. Il titolo, sintetico ed efficace, riassumeva molto chiaramente la posizione critica delle Università di Padova e di Verona verso la Regione, la quale le esautorava dalla formazione dei neolaureati, compito, istituzionalmente e per legge, in capo alle Università. Anche il CS dell’Università concludeva richiedendo “ un confronto immediato con la Regione Veneto...”

Seguirono a distanza di pochi giorni prese di posizioni critiche nei confronti della Regione da parte delle Società Scientifiche di Medicina Interna (SIMI), di Medicina d’Emergenza - Urgenza (SIMEU) e di Geriatria e Gerontologia (SIGG), di tutte le Sigle sindacali del Mondo Medico e dei movimenti dei cittadini, tutti concordi nel criticare le scelte della Regione, paventando il timore che il tutto si potesse tradurre in un abbassamento del livello di assistenza del nostro SSR.

27 Agosto

A distanza di pochi giorni, gli Ordini dei Medici furono ricevuti in Regione. Quella mattina, a Palazzo Balbi, ci trovammo, per primi, di fronte al Governatore e all’assessore Lanzarin in un incontro inizialmente dal clima teso, ma nel corso del quale la tensione lentamente scemò, lasciando il posto a una volontà da parte nostra, ferma e unitaria, di cercare di “bloccare” le delibere, di modificarle, di trovare una via di collaborazione con la Regione, alla quale assicurammo la volontà di cercare delle proposte condivise con l’Università da portare a un successivo confronto in Regione.

Di seguito i punti salienti del CS della Federazione Regionale stilato all’uscita da Palazzo Balbi.: “ Come rappresentanti della Professione abbiamo condiviso con il Presidente Zaia e l’assessore Lanzarin la preoccupazione per abbassamento del livello dell’assistenza sanitaria nella nostra regione a seguito della nota carenza di organico, sempre garantita pur con gravi difficoltà dalla disponibilità ed dall’abnegazione di tanti colleghi, in particolare nell’emergenza urgenza. Sono state considerate varie ipotesi: l’assunzione diretta dei 500 medici neolaureati già prevista nelle delibere della Regione, l’aumento dei posti in specialità con possibilità di prevedere una importante integrazione con didattica a carico dell’Università e formazione sul campo in ambito ospedaliero, ed altre possibilità da valutare sul piano tecnico come l’estensione delle Convenzioni già esistenti Ospedali - Università per formazione e rotazione degli specializzandi. In rapida progressione ci sarà un confronto Regione - Università del Veneto e successivamente un tavolo tecnico Regione - Ordini - Università.”

29 Agosto

A distanza di due giorni anche i Presidenti delle Scuole di Medicina di Padova e di Verona vennero ricevuti in Regione per un primo incontro “chiarificatore”. Sia a noi che ai due Presidenti Universitari venne dato appuntamento in Regione per un incontro congiunto, programmato per il 3 settembre. Capimmo che, dati i tempi ristretti e la necessità di tentare di trovare soluzioni condivise, era necessario trovarci tutti insieme e discutere con quali proposte operative ci saremmo presentati all’incontro del 3 Settembre.

30 Agosto

Fu così che venerdì 30 agosto, presso il Palazzo del Bò, a Padova, si svolse una riunione per certi versi “storica” : i Presidenti degli Ordini Professionali e i Presidenti delle Scuole di Medicina delle due Università del Veneto si trovavano attorno a un tavolo per iniziare un percorso di confronto, programmazione, condivisione delle scelte e ricerca di pro-

poste di soluzioni operative capaci di risolvere le carenze straordinarie. Insomma, ci trovavamo attorno a un tavolo a fare quello che la Regione avrebbe dovuto coordinare e programmare non dico nei mesi scorsi, bensì negli anni scorsi.

A Padova si svolse un incontro al quale la FNOMCeO e il mondo Accademico guardavano con curiosità ed interesse.

Da quella riunione uscimmo con degli appunti, stesi durante il fine settimana, dopo una proficua e costruttiva collaborazione fra tutti gli attori riuniti al Bò: concordammo di tenere riservato il nostro documento, che avremmo presentato in Regione.

3 Settembre

Il 3 Settembre ha rappresentato, a mio avviso, un altro passaggio cruciale per la Professione perché, finalmente, di fronte ai vertici della Sanità Regionale - dott.ssa Lanzarin e dott. Mantoan - Ordini e Università si presentavano insieme, mossi da un comune desiderio di raggiungere gli stessi obiettivi a tutela della formazione dei medici neolaureati e nell'interesse della cittadinanza tutta.

Il CS riassumeva i punti discussi:

- Riconcontro nelle strutture sanitarie regionali delle carenze nelle singole aree specialistiche.
- Piena attuazione delle direttive ministeriali che impongono la turnazione degli specializzandi in tutte le strutture della rete formativa
- Valutazione della possibilità di ulteriore ampliamento delle reti formative.
- Stabilizzazione dei precari.
- Utilizzazione delle risorse economiche della regione Veneto per au-

mentare i contratti regionali.

- Apertura di un tavolo di lavoro tecnico Regione - Università - Ordini, convocato per lunedì 9 settembre a Padova, in azienda Zero."

9 Settembre

La "macchina si è messa in moto", l'incontro del 9 settembre si è già svolto ed altri ne seguiranno presso l'Azienda Zero.

11 Settembre

Mi preme infine aggiungere che due giorni fa si è svolta a Mestre una riunione fra i Presidenti degli Ordini del Veneto e le OO. SS. Durante la riunione noi Presidenti abbiamo presentato i vari passi svolti finora e le OO SS, con l'indispensabile e fondamentale supporto dei rappresentanti veneti e nazionali della Federspecializzandi, hanno posto sul tappeto le proposte e le criticità in atto, soprattutto per quanto riguarda la assunzione di specializzandi all'ultimo anno di formazione, le implicazioni legislative, medico-legali e assicurative.

Per concludere, ecco le mie considerazioni.

- La Regione, dopo la proposta di richiamare i medici in pensione, i medici militari e di impiegare i medici delle cooperative, alla vigilia di Ferragosto ha reso note due delibere, delle quali forse ha sottovalutato l'impatto sulla Comunità medica e sulla Cittadinanza; infatti, alla lettura delle delibere c'è stata una alzata di scudi generalizzata.
- Si è confermata la mancanza di una programmazione Regionale atta a prevenire situazioni di criticità previste e segnalate dagli Ordini Professionali molti anni fa.

- Abbiamo dimostrato che Ordini e Università possono collaborare proficuamente nell'interesse della formazione dei giovani medici, a salvaguardia della Professione e del SSR.

- Abbiamo dialogato serenamente e in un clima costruttivo con le OO SS, spiegando che da parte nostra non c'è alcuna volontà di prevaricarle, ma che, anzi, il loro supporto e il loro indirizzo è fondamentale per noi Ordini per orientare correttamente la discussione.

- E d'altra parte, i Sindacati avranno in Regione un ruolo diverso da quello degli Ordini e delle Università, a difesa dell'inquadramento dei medici neolaureati e a tutela dei dirigenti medici tutti che operano negli Ospedali pubblici.

- Infine, mi piace pensare che gli Ordini, sia pure con le diverse posizioni legate ai differenti punti di vista dei loro Presidenti, abbiano svolto un ruolo importante fra le varie componenti, una specie di tessuto connettivo che ha unito Regione, Università e Sindacati a difesa della Professione e del nostro Servizio Sanitario, alla ricerca di proposte che possano far fronte alla carenza di specialisti.

Cercherò / cercheremo di proseguire su questa strada, perché penso che il tempo delle contrapposizioni fra le varie componenti della Professione debba essere un brutto ricordo del passato, e perché credo che solo con un lavoro di programmazione e di confronto fra le varie Parti si possa cercare di salvaguardare il futuro dei Medici e del SSR.

CARLO RUGIU

CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

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



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VERONA**

Giornata del medico e dell'odontoiatra

VERONA
9 Novembre 2019
ore 16,00

Programma

Ore 16,00

Apertura della giornata

Ore 16,05

Inno Nazionale

Ore 16,10

Commemorazione dei Medici scomparsi

Ore 16,20

**Brano Musicale "Banda musicale
cittadina di Peschiera del Garda"**

Ore 16,40

Saluto delle Autorità

Ore 17,10

**Relazione del Presidente dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
Dott. Carlo Rugiu**

Ore 17,30

**Saluto del Presidente
della Commissione Albo Odontoiatri
Dott.ssa Elena Boscagin**

Ore 17,40

**Premiazione dei colleghi
con 50 anni di Laurea**

Ore 18,30

**Lettura del giuramento di Ippocrate
e presentazione dei Neo-Iscritti**

Ore 19,20

**Brano Musicale "Banda musicale
cittadina di Peschiera del Garda"**

**Conclusione della giornata
e brindisi di arrivederci**

PALAZZO DELLA GRAN GUARDIA, Piazza Bra - Verona

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 28 MAGGIO 2019

Consiglieri presenti: Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Pastori, Facincani, Peruzzini, Salvatore, Accordini, Cirillo, Boscagin, Mirandola, Musso Orcalli, Bovolin, Guglielmi.

Revisori dei Conti: Bertaso, Braga, Tomezzoli.

Assenti giustificati: Elio, Carrara, Bonetti.

Partecipano alla riunione del Consiglio: la funzionaria Amministrativa Maffioli, il Revisore Legale Cerioni, l'Avvocato Gobbi.

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

Il Presidente pone ai voti l'approvazione del verbale precedente che viene approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

a) Il Presidente comunica di essere stato a Roma al Consiglio Nazionale nei gg.16-17 maggio 2019. Il pomeriggio del giovedì è stato dedicato ai gruppi di lavoro 1^ macro area di lavoro, con discussione sui cambiamenti e le principali problematiche della sanità. Il giorno successivo sono state presentate le relazioni dei gruppi di lavoro. Apprezzata la relazione del gruppo di lavoro delle "dottoresse". Il Dott. Rugiu era nel gruppo " crisi della medicina " il cui capogruppo era il dott. Panti

Il Presidente riferisce circa l'inizio di una attività da svolgere attingendo dal libretto delle 100 tesi di Cavicchi, sulla questione medica. Per la primavera o per fine anno tutti gli Ordini saranno tenuti a produrre un documento di riflessioni sugli stati generali della medicina; ciascun consiglio dovrà produrre un elaborato. Dovrà essere individuato un gruppo di lavoro ad hoc e questo gruppo dovrà decidere l'argomento traendolo da quelli proposti nel "libretto" ed elaborare un documento che sarà targato OMCeO, dal momento che nessuno dei colleghi presenti al Consiglio Nazionale ha proposto di farlo come FNOMCeO. L'idea del Presidente è di affidare il compito ad una commissione già esistente come la commissione di bioetica presieduta dal Dott. Bonadonna. Domanda se un consigliere è disposto ad aggregarsi alla commissione. Il Dott. Bovolin chiede se sia il caso di decidere in questa sede o riportare la proposta al prossimo consiglio, il Prof. Guglielmi dice che è un lavoro impegnativo, ci vuole equilibrio, ci vogliono autori competenti ed autorevoli. Il presidente suggerisce di scegliere un argomento e consegnarlo alla commissione di bioetica con il Prof Vettore che farà da trait d'union. Il consiglio approva all'unanimità. Il Presidente continua informando che il Dott. Anelli invierà a tutti gli Ordini l'elenco dei medici inadempienti per i crediti ECM. Tra le varie considerazioni espresse durante il Consiglio nazionale sull'argomento, è stata valutata la proposta di iniziare con procedimenti disciplinari ai medici non in regola, comminando un'ammonizione o una sanzione disciplinare: Tale proposta è stata al momento esclusa e sarà valutata successivamente. Il Presidente Anelli invierà linee guida agli Ordini con regole da attuarsi nei confronti dei medici inadempienti. Il Dott. Rugiu, chiede in primis che i consiglieri siano in regola con i crediti formativi.

b) Il Presidente prosegue trattando l'argomento del Protocollo CTU. Ringrazia il Dott. Orcalli e il Dott. Zattoni. Grazie al loro impegno è stato stilato un nuovo protocollo in

collaborazione tra OMCeO, l'Ordine degli Avvocati e il Tribunale di Verona. Segnala che l'Ordine di Verona ha fatto da apripista in Regione Veneto, per la futura costituzione di un Albo dei Periti. Entro il 25 luglio al Tribunale dovranno essere inviate le nuove domande di iscrizione e per conoscenza all'OMCeO e, l'eventuale conferma dei vecchi periti; comunica che è programmato un incontro con il giudice Sperandio. Agli incontri non saranno sempre presenti il Presidente OMCeO e il Presidente Commissione Odontoiatri, ma un delegato per entrambi gli albi.

c) Il Presidente comunica che la FEDERSPEV in collaborazione con l'OMCeO organizza un incontro giovedì 30 maggio dal titolo "I 40 anni del SSN a Verona". Ricorda che nelle cartelline c'è la bozza dei programmi in previsione dopo l'estate. Il Dott. Valsecchi segretario dell'Accademia Agricoltura Scienze e Lettere, con il Dott. Rugiu, Dott. Orcalli, Prof. Concia, avrebbero deciso di organizzare delle conferenze aperte alla cittadinanza; tali eventi dovranno essere pubblicizzati anche tramite l'aiuto della nostra giornalista che sta già lavorando con interviste e lanci sul giornale l'Arena. Attraverso la giornalista sono state preparato due righe di congratulazioni per il nuovo Rettore Prof. Nocini. In occasione del prossimo consiglio il 25 giugno, il Presidente propone di invitarlo, programmando l'incontro alle ore 19.30 con un piccolo buffet, insieme ai componenti CAO. Il consiglio approva all'unanimità.

d) Il Dott. Rugiu ringrazia l'avv. Gobbi: è grazie alla sua attività pressante e l'incontro con il Presidente Dott. Sachar, che siamo riusciti dopo anni ad avere un aggancio diretto con la Procura della Repubblica, la quale, ci comunicherà eventuali procedimenti in essere nei confronti dei nostri iscritti.

3) La Commissione Ospedale Territorio ha proseguito l'attività producendo un documento di Intesa relativo alle dimissioni dei pazienti in fase avanzata di malattia, insieme all'AOUI di Verona, l'Azienda ULSS9 Scaligera, IRCCS

Ospedale Sacro Cuore di Negrar, Ospedale Pederzoli, le OOS della medicina di Famiglia. Il presidente si dichiara felice ed orgoglioso del documento. Il Dott. Orcalli spiega che il documento deve essere approvato dal Consiglio dell'Ordine e che nei prossimi giorni vi sarà l'approvazione formale da coloro che hanno contribuito alla sua stesura. Successivamente potrà essere divulgato. Si tratta di un documento storico, perché, per la prima volta è riusciti a coordinare un piano di lavoro in relazione con il medico ospedaliero e il medico del territorio. Prosegue informando che si inizierà con i pazienti terminali partendo con un piccolo gruppo di pazienti, mettendo in contatto il medico ospedaliero con il medico di medicina generale. Ci si propone di facilitare l'incontro tra queste due figure attraverso ADI e COT e permettendo di rendere il trasferimento del paziente al domicilio o ad una struttura, il meno traumatico possibile. Il Dott. Orcalli ringrazia tutte le figure che hanno collaborato a stilare il documento d'intesa. Il Consiglio prende atto e approva all'unanimità.

- 4) Ratifica graduatorie bando di concorso per n. 2 impiegate cat. B1. Il Presidente passa la parola alla sig. Maffioli che insieme a Cerioni si sono prodigati per la riuscita del Concorso Pubblico. La sig. Maffioli comunica al Consiglio che il giorno 10 maggio 2019, si è concluso il Bando di Concorso Pubblico per n. 2 assistenti di segreteria Cat. B1. I candidati idonei sono risultati sette. La graduatoria dei candidati è stata approvata dalla Commissione del Concorso e viene posta alla ratifica del Consiglio per l'approvazione finale. Il Consiglio approva all'unanimità.
- 5) La sig. Maffioli prosegue comunicando la richiesta di assunzione a tempo indeterminato dei primi 2 candidati in graduatoria. Il Consiglio approva all'Unanimità. La graduatoria verrà inserita nell'area amministrazione Trasparenza ed avrà validità per anni tre. Prende la parola il tesoriere, per parlare dei compensi da erogare alla commissione d'esame concorsuale

composta da Presidente -Vicepresidente e due componenti. Comunica, che in conformità al decreto sui bandi di concorso, è prevista una cifra di € 500 per ogni componente, le riunioni sono state 5; verranno erogate euro 2500.00 per componente. Il consiglio approva all'unanimità

- 6) Approvazione bilancio consuntivo 2018. La D.ssa Pastori pone all'approvazione del Consiglio il bilancio consuntivo 2018, illustrando le voci delle entrate e delle uscite in bilancio, facendo presente, che i revisori D.ssa Tomezzoli D.ssa Braga e Dott. Bertaso dopo aver controllato il bilancio, hanno approvato ponendo la loro firma. Il Consiglio approva all'unanimità.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI approvate all'unanimità

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott. CORDIOLI Giampaolo

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa BROSEGHIN Cristina da Omceo PADOVA
Dott. CITARELLA Giovanni da Omceo MODENA
Dott. DELFINO Andrea da Omceo PADOVA
Dott. GIGANTE Francesco da Omceo ROMA
Dott. MARTINI Giorgio da Omceo TRENTO
Dott. SANTORO Emanuele da Omceo MESSINA
Dott.ssa SPANTI Letizia da Omceo BELLUNO

Doppia Iscrizione:

Dott.ssa BOVOLON Gabriella
Dott. ROSSINI Agostino

Cancellazioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa COLOSIO Maura Vs Omceo TRENTO
Dott.ssa DEL FELICE Alessandra Vs Omceo PADOVA
Dott.ssa MANFREDI Michela Vs Omceo CREMONA
Dott.ssa MASCHI Veronica Vs Omceo TREVISO

Cancellazioni per decesso:

Prof. BANTERLE Claudio
Dott. LUPO Antonio
Dott. PISETTA Candido

Iscrizione Stp:

Dott. G. Zanette Società tra professionisti a responsabilità limitata Prevenzione sul lavoro SRL-STP

Cancellazione Stp:

A.T. Assistenza sul territorio-SRL-Multidisciplinare tra professionisti in liquidazione

Variazione codice fiscale:

Dott. CEHIC Aldo

ODONTOIATRI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott. CHIERICO Francesco

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CARIANI Davide da Omceo MANTOVA
Dott. CHIESA Francesco da Omceo BRESCIA
Dott. MARTINI Giorgio da Omceo TRENTO

Cancellazioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. PALMIERI Alfredo Vs Omceo BRESCIA
Dott. VISINTIN Edgardo José Vs Omceo MANTOVA
Dott. DI BENEDETTO Maurizio Vs Omceo MANTOVA
Dott.ssa MONTA GONZALEZ Saskia Vs Omceo PADOVA

Cancellazioni su richiesta:

Dott. MAGGIONI Ruggero Bruno

Variazione codice fiscale:

Dott. CEHIC Aldo da CHCLDA58B10G332B a CHCLDA58B10Z149E
La variazione del codice Fiscale viene approvato con delibera.

VARIE ED EVENTUALI

Il Presidente comunica che la Commissione Veterinari chiede i nominativi per una Commissione, la disponibilità è da parte Musso - Bertaso - Cirillo.

RELAZIONI ISTRUTTORIE

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 25 GIUGNO 2019

Consiglieri presenti: Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Pastori, Facincani, Peruzzini, Salvatore, Accordini, Cirillo, Boscagin, Mirandola, Bovolín, Elio.

Revisori dei Conti: Bertaso, Bonetti.

Assenti giustificati: Braga, Orcalli, Tomezzoli, Musso, Guglielmi, Carrara.

Partecipano alla riunione

del Consiglio: la funzionaria

Amministrativa Maffioli,

l'Avvocato Gobbi.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

Il Presidente pone ai voti l'approvazione del verbale precedente che viene approvato.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

L'assessorato alle Pari Opportunità del Comune di Verona ha fatto pervenire la bozza di un progetto formativo, che dovrebbe svilupparsi con l'OMCeO di Verona e l'Ordine dei Farmacisti dal titolo "Violenza di genere e Femminicidio": su tale argomento la dott.ssa Tomezzoli e la dott.ssa Braga hanno dato la loro disponibilità a partecipare al corso di formazione quali rappresentanti dell'Ordine.

3) Si è tenuto presso il Tribunale di Verona un incontro fra il giudice Sperandio e i delegati dell'OMCeO Orcalli e Zattoni per prendere visione delle domande di ammissione quali CTU.

Il 18 giugno il dott. Orcalli, in rappresentanza della Commissione Ospedale Territorio, ha presentato per la firma il protocollo d'intesa riguardante le dimissioni dei malati terminali. Tale accordo è stato sottoscritto dalle strutture - AOUI AULSS 9 - gli Ospedali di Peschiera e Negrar e i MMG (FIMMG SIMG SNAMI) è stato sottoscritto dall'OMCeO di Verona. È stata altresì nominata una commissione di verifica della corretta applicazione dell'accordo, composta per la MMG Mirandola e Bellamoli per ULSS 9 Borin e Zanetti per AOUI Di

Francesco- Cametti per l'OMCeO Orcalli e Moretto.

Prosegue il suo intervento comunicando che nella scorsa settimana ha incontrato il dott. Del Zotti sul tema privacy e fascicolo sanitario elettronico. Il dott. Del Zotti ha manifestato le sue perplessità in merito al fascicolo sanitario elettronico, ed ai rischi per la privacy degli utenti e dei medici. Egli ha chiesto al presidente di organizzare un incontro con alcuni medici di famiglia, per un approfondimento dell'argomento, in vista, in futuro, di un eventuale congresso organizzato dall'Ordine su questo argomento. Il Presidente raccomanda ai Consiglieri di verificare la loro posizione relativamente ai crediti ECM, registrandosi sul sito www.cogeaps.it. Informa che la giornata del Medico si svolgerà il 9 novembre; quest'anno non ci sarà la cena con i Presidenti di altri Ordini e autorità invitate all'evento; così facendo, si otterrà un risparmio di risorse economiche che verranno utilizzate per il buffet della Gran Guardia, che verrà organizzato su due piani in modo da dare a tutti la possibilità di poter accedere al brindisi. La cena di Natale quest'anno si svolgerà in modo informale presso un agriturismo della città. Il Consiglio approva. In merito alle notizie apparse sui media riguardanti la bambina ammalata di tetano, il presidente espone la posizione ferma dell'Ordine in merito ai vaccini, già riportata dal quotidiano locale. In ordine al documento sugli stati generali e le 100 tesine di Cavicchi, il dott. Bonadonna ci ha suggerito due gruppi di tesine individuate da 45 a 56 "il Medico e la società" e da 89 a 100 "la Medicina, il medico e il futuro".

Nessuno dei presenti, interpellati, si propone per "aggiungersi" ai Componenti la Commissione di Bioetica; all'unanimità, il Consiglio affida la discussione del documento di Ivan Cavicchi alla Commissione di Bioetica presieduta dal dott. Bonadonna.

Il vice presidente propone di sentire la disponibilità del prof. Italo Vantini a collaborare con la Commissione di Bioetica.

4) **Approvazione della convenzione per l'attivazione del tirocinio pratico-valutativo per l'accesso alla prova dell'esame di stato per l'abilitazione all'abilitazione della professione di medico-chirurgo.** Prende la parola la dott.ssa Pastori spiegando che ha avuto l'incarico di seguire, per la parte che riguarda i MMG con l'Università il nuovo regolamento per gli esami di stato di medico chirurgo; tutto ciò in quanto nel mese di maggio il Ministero dell'Università ha emanato un decreto, con il quale ha modificato le regole per l'esame di stato, che non avverrà più dopo la laurea, ma in anticipo in quanto, dovrà essere svolto non prima del 6° anno di corso; pertanto, saranno da prevedere delle frequenze e la parte che riguarda la frequenza negli studi dei MMG sarà di un mese. È stata preparata una convenzione approvata dall'Università con OMCeO; essa viene approvata e ratificata dal Consiglio. I punti salienti della convenzione sono i seguenti. Viene istituita una commissione nella quale faranno parte dei rappresentanti dell'Università e dell'Ordine, il Presidente un consigliere e un MMG, che dovranno occuparsi del controllo, dello svolgimento del tirocinio, di valutare l'elenco dei tutor e di fare una relazione finale per ogni ciclo di frequenza; l'OMCeO con questa convenzione si impegna a trasmettere entro 60 gg dalla firma della convenzione l'elenco aggiornato dei MMG che hanno accettato di diventare tutor: essi devono avere determinate caratteristiche, tra le quali essere convenzionati da almeno 10 anni. L'adesione viene effettuata rispondendo ad una richiesta che dura 3 anni e può essere interrotta da entrambe le parti con avviso di tre mesi; per il MMG viene riconosciuto un credito formativo. Il consiglio approva all'unanimità.

5) **Rinnovo contratto ditta ASTEN SRL sito internet.** Si porta a consiglio il rinnovo del contratto della ditta Asten Srl che cura il sito Internet; viene chiesto al consiglio di approvare il rinnovo del contratto annuale senza alcuna procedura

negoziata, ma affidamento diretto per infungibilità di bene e servizio, in quanto il sito è appena istituito, **è l'unico che può garantire il soddisfacimento di un certo bisogno.** Si chiede che il pagamento anticipato di 500 (cinquecento) di assistenza, dal momento che alla data prefissata il sito non era disponibile, venga tenuto come pagamento per il secondo semestre del 2019.

6) Delibere amministrative

La dott.ssa Pastori le illustra e ne chiede l'approvazione, spiegando che tali delibere sono dei mesi di Febbraio e Marzo 2019, non ci sono state spese straordinarie da evidenziare, ma solo spese ordinarie: il consiglio approva.

7) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott. GENTILE Herve Felice Santino
Dott. TIEGER Leonardo
Dott. PASQUALINI Filippo

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. DE ROSSI Giannantonio da OMCEO PADOVA
Dott.ssa FILIPPI Beatrice da OMCEO MILANO

Doppia iscrizione::

Cancellazioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa SBABO Arianna Vs OMCEO VICENZA

Cancellazioni per decesso:

Dott. TRAVAGLIATI Vittorio
Dott. FAVILLA Umberto

Cancellazioni su richiesta:

Dott. FUSARO Massimiliano
Dott. TRIANTIS Petros

Iscrizione Stp:

Cancellazione Stp:

Variazione codice fiscale:

Dott. AL KHAFFAF Ahmad da LKHHDZ76C24Z225Y a LKHMD76C24Z225N

ODONTOIATRI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. AMARU' Marco da OMCEO PADOVA
Dott. DE ROSSI Giannantonio da OMCEO PADOVA
Dott. GASPERI Marco da OMCEO TRENTO
Dott.ssa TOLIC Barbara da OMCEO FORLI-CESENA

Cancellazioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. VITALI Massimo Vs OMCEO VICENZA

VARIE ED EVENTUALI

Il Vice Presidente chiede la disponibilità da parte di alcuni consiglieri di partecipare alla commissione di invalidità, come richiesto dall'ordine dei Veterinari.

Il consiglio approva la nomina dei dottori Marchioretto, Bonetti e Cirillo. Egli inoltre ringrazia il dott. Facincani per la risposta fornita al quesito posto dal signor Longo. Il Consiglio prende atto della lettera del dott. Facincani e la approva.

RELAZIONI ISTRUTTORIE

n. 2 non dar luogo a procedere
n. 1 apertura procedimento XXX
relatore dott. Accordini

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 23 LUGLIO 2019

Consiglieri presenti: Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Peruzzini, Salvatore, Accordini, Cirillo, Boscagin, Mirandola, Bovolín, Musso, Orcalli.

Revisori dei Conti: Bertaso, Bonetti, Tomezzoli, Braga.

Assenti giustificati: Guglielmi, Carrara, Facincani, Elio, Pastori.

Partecipano alla riunione del Consiglio: la funzionaria amministrativa Maffioli, l'avvocato Gobbi, il Revisore legale Cerioni.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

Il Presidente pone ai voti l'approvazione del verbale precedente: approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

a. Consiglio Nazionale FNOMCEO 4-5 Luglio: Il Presidente relaziona sui principali argomenti trattati:

Il Dott. Sileri, presidente della commissione Sanità alla Camera dei Deputati, ha portato un saluto al Consiglio nazionale della FNOMCEO, focalizzando la sua esposizione su alcuni punti:

- 1) necessità di aumentare le borse di studio per gli specializzandi,
- 2) parere contrario ai medici pensionati richiamati in servizio,
- 3) favorire l'inserimento nel SSN dei medici stranieri che esercitano la professione in Italia da almeno 5 anni,
- 4) sistema di aggiornamento/crediti ECM da rivedere nella sua formulazione.

Il Presidente prosegue relazionando sui temi trattati nella due giorni di Consiglio Nazionale della FNOMCEO dedicati principalmente alla discussione dei gruppi di lavoro sulle ben note tesine del Dott. Ivan Cavicchi. Riporta le conclusioni dei vari "capi gruppo" ricordando a tutti i Consiglieri che la documentazione in forma estesa è stata inviata in allegato alla mail di convocazione del Consiglio. Infine, informa che anche il prossimo Consiglio Nazionale sarà dedicato agli Stati Generali della Professione Medica.

Il Dott. Rugiu prosegue spiegando che il Presidente Anelli ha relazionato riguardo all'attuale situazione di raggiungimento dei crediti ECM da parte dei professionisti medici e odontoiatri per i trienni formativi 2014-2016 e 2017-2019 stigmatizzando la consistente inottemperanza all'obbligo formativo. Anelli ha sottolineato come la situazione di inadempienza comporti una ricaduta di non semplice gestione per gli Ordini a livello disciplinare rispetto alla quale andrà fatta una riflessione attenta. Pur volendo trovare delle motivazioni a giustificazione di questa inadempienza (carenza di personale medico, carichi

di lavoro pesanti, turnistica etc) non è giustificabile la situazione che vede un discreto numero di medici con crediti zero nonostante i continui richiami attraverso i canali informativi istituzionali, nonostante l'enorme sforzo per la realizzazione di corsi FAD come provider da parte della FNOMCeO e nonostante le tante iniziative formative accreditate ECM da parte degli Ordini Provinciali.

Il Presidente Anelli presenta un'ipotesi per un possibile riallineamento e regolarizzazione della situazione attraverso modalità "complementari" quali ad esempio autoformazione, dossier di gruppo, bonus premianti per chi assolve in modo completo agli obblighi ECM o altre misure di recupero dei crediti formativi. Il Consiglio FNOMCeO approva l'impostazione dell'analisi e concorda sull'ipotesi di soluzione prospettata da sottoporre alla Commissione Nazionale Formazione-Continua.

b. Convegno ICT Cortina OMCeO Rovigo. Il Presidente Dott. Rugiu riferisce al Consiglio che il Presidente FNOMCeO dott. Anelli ha riportato la richiesta degli OMCeO di Rovigo, Trieste e Belluno di un contributo per la realizzazione del 4° convegno sulle problematiche relative all'ICT da tenersi a Cortina per la fine di gennaio 2020. Anelli evidenzia, nel porre alla valutazione del CC la richiesta, l'impegno costante della Federazione a sostegno di tutti gli Ordini ma tenendo in attenta considerazione contenuti, appropriatezza, tempistiche e logistica delle iniziative proposte e sempre sulla base del Regolamento della FNOMCeO per la concessione di contributi, sovvenzioni, agevolazioni economiche e patrocini adottato dall'Amministrazione con deliberazione del Consiglio Nazionale n. 13 del 16/11/2018,. Dopo attenta discussione, il CC decide di non erogare il contributo richiesto. Il Presidente Rugiu riferisce che, sempre in merito a tale questione, giunge all'Ordine di Verona, da parte del Presidente dell'Ordine di Rovigo, la richiesta di comunicare all'ENPAM l'indicazione a trasferire a Rovigo, invece che a Verona, il rimborso di Euro 2.000 che l'Ordine di Verona

aveva già provveduto ad anticipare per il convegno ICT di Cortina svoltosi nelle giornate del 31 gennaio 1-2 febbraio 2019 adducendo generiche motivazioni di difficoltà di copertura delle spese e budget insufficiente. Il Consiglio dopo attenta discussione sull'argomento ritiene di non accondiscendere a tale richiesta e delibera di comunicare all'ENPAM che il rimborso dovuto venga accreditato all'OMCeO di Verona.

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott.ssa KHOUYYI Marieme

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. DI GAETA Giuseppe

da Omceo Napoli

Dott.ssa GJERMENI Odenca

da Omceo Ancona

Reiscrizione dopo cancellazione per morosità e irr.:

Dott. ZICCARDI Antonio

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. BUOLI Massimiliano

Vs Omceo Milano

Dott.ssa CORRA' Federica

Vs Omceo Padova

Dott.ssa GIOVANZANA

Alessandra Vs Omceo Trento

Dott. LEO Marco Vs Omceo Bolzano

Cancellazioni per decesso:

Dott. FACCINI Marco

Dott. MARCHI Giorgio

Dott.ssa SARTORI Valentina

Variazione codice fiscale:

ODONTOIATRI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CASTELLANI Federico

da Omceo Padova

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. GABRIELLI Alessandro

Vs Omceo Mantova

Dott.ssa IGUAL DOMINGO Lorena Vs Omceo Mantova

Dott. LEO Marco Vs Omceo Bolzano

Cancellazioni su richiesta:

Dott. VECCHINI Alberto

3) Richieste di reiscrizione

per cancellazioni avvenute per morosità e irreperibilità:

Peter Will - Ziccardi Antonio

4) Iscrizioni cancellazioni

numerosi colleghi neo abilitati hanno richiesto di essere iscritti all'Ordine la prima possibile per poter esercitare la professione anche nel periodo estivo senza dover attendere la prossima riunione di Settembre Su tale richiesta il Consiglio delibera di programmare un Consiglio telematico per il giorno, 6 agosto prossimo.

5) Varie ed eventuali

- Il 15 ottobre è programmato un incontro con le organizzazioni sindacali alle ore 21.00 nella sede dell'OMCeO di Verona.
- Il dott. Orcalli riferisce che tutti i soggetti che hanno condiviso il protocollo di dimissione dei pazienti, nell'ambito della Commissione Ospedale Territorio, hanno proceduto alla firma del documento e chiede quindi di inviare il testo definitivo a tutti i medici attraverso i canali istituzionali dell'Ordine.
- Il dott. Orcalli informa sugli esiti della riunione con il dott. Sperandio del tribunale di Verona per la costituzione di commissioni di CTU (Consulenti Tecnici D'ufficio) riferendo che la linea di indirizzo generale è condivisa e che una prossima riunione si terrà il 18 ottobre prossimo

6) Relazioni Istruttorie

N. 1 - Apertura procedimento disciplinare

N. 4 - Apertura e sospensione procedimento

N. 3 - Decisione di non dar luogo a procedere.



... Ma quanto mi costi?

INTERVISTA ALLA Dott.ssa C. PASTORI, TESORIERE DELL'ORDINE



Laura Perina

ADDETTA STAMPA
DELL'OMCEO DI VERONA

L'appartenenza all'Ordine professionale è condizionata al pagamento di una quota di adesione annuale. La tariffa intera corrisponde a 188 euro, ma da quest'anno sono state introdotte alcune novità. Le spiega la dottoressa Caterina Pastori, tesoriere dell'OMCeO di Verona dal 2018, che chiarisce anche le destinazioni d'uso della tassa.

L'esercizio delle professioni di Medico chirurgo e Odontoiatra, proprio per la rilevanza sociale e per la specificità delle competenze richieste, è sottoposto a due condizioni: l'abilitazione e l'iscrizione a uno specifico Ordine professionale.

La gestione dell'Ordine è affidata a un Consiglio, con mandato triennale, eletto dagli aventi diritto, che a Verona sono circa 6.400 tra Medici Chirurghi e Odontoiatri. Il sistema normativo riconosce al Consiglio l'autorizzazione a fissare e riscuotere un contributo annuale per provvedere alle spese di gestione e a tutte le attività ritenute necessarie per il conseguimento dei fini istituzionali, per la tutela del ruolo professionale e l'organizzazione di servizi.

Si tratta di una prestazione a cui ogni iscritto deve assolvere obbligatoriamente: al pagamento della tassa è condizionata la propria appartenenza all'Ordine; in particolare all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Verona sono iscritti 5803 medici e 1050 odontoiatri che dal 2019 pagano una quota di iscrizione differenziata in base all'età. Oltre a questi vi sono 452 colleghi che sono iscritti

sia all'albo dei Medici che a quello degli Odontoiatri.

Dottoressa Pastori, a cosa serve e come viene ripartita la quota d'iscrizione annuale?

«Prima di rispondere vorrei precisare che le cifre si riferiscono al bilancio del 2018. Il 30 per cento della quota (circa 56 euro) copre le spese per il personale: l'OMCeO si avvale della collaborazione di un revisore legale e cinque segretarie assunte a tempo pieno e in pianta stabile. Il 17,4 per cento (circa 33 euro) copre le spese del mutuo per l'acquisto della sede di via Locatelli; questa percentuale incide notevolmente sulla quota se confrontata con quella che pagano colleghi di altre provincie dove la sede è però in locazione. I medici veronesi avranno invece nel 2027 una sede dell'Ordine di proprietà.

Ci sono poi le spese di gestione della sede stessa, come le bollette per le utenze, le commissioni bancarie, le spese condominiali, le pulizie dei locali, l'assicurazione e così via, che pesano per l'13,2 per cento (circa 25 euro), e le indennità di carica del Presidente e dei Consiglieri, che sono pari al 10 per cento (circa 19 euro) e sono immutate da 15 anni. L'Ordine si avvale poi di consulenti fiscali, legali, del lavoro, informatici che pesano sulla quota per il 6 per cento (circa 11 euro). Le spese di rappresentanza, per esempio le trasferte, incidono per una minima parte sul bilancio: l'1,6 per cento (circa 3 euro).

A tal proposito ne sono state ridimensionate alcune, come quelle per i viaggi e per la Giornata del Medico, durante la quale abbiamo cercato di valorizzare il nostro personale che si è occupato egregiamente anche della presentazione dell'evento. Il 6,2 per cento copre tutte le altre spese,

come i convegni, i corsi di aggiornamento, i tributi. Invece un capitolo a parte sono le pubblicazioni».

Cosa intende?

«Fino al 2018 la rivista trimestrale dell'OMCeO "Verona Medica" veniva stampata e distribuita in 7mila copie cartacee, con una spesa complessiva di 34mila euro l'anno che incideva per il 3,4 per cento sulla quota di ogni singolo iscritto (circa 6 euro). Da quest'anno il magazine è diventato digitale e i costi si sono notevolmente ridotti: nel preventivo del 2019 corrispondono a 10mila euro».

Quali altre spese vengono sostenute con la quota d'iscrizione?

«L'Ordine deve corrispondere alla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) l'12,2 per cento della quota versata da ogni iscritto, pari a 23 euro. A Verona la versiamo anche per conto dei professionisti laureatisi da più di 50 anni, dai quali non incassiamo più la tassa d'iscrizione a partire da quest'anno».

Come mai questa decisione?

«Si tratta di un costo a cui ci sembra giusto far fronte per mantenerli parte della famiglia ordinistica, dopo una vita dedicata alla professione».

Come siete giunti a questo risultato?

All'inizio del nuovo mandato nel 2018 il nostro Presidente ha fortemente voluto, sostenuto dal Consiglio, l'istituzione di una commissione permanente ad hoc per la razionalizzazione delle risorse economiche. Ne fanno parte il tesoriere, il dottor Fabio Marchioretto (anche segretario dell'OMCeO) e il consigliere dottor Giorgio Accordini. Il lavoro della commissione in collaborazione con la tesoreria e con il Consiglio ha portato a ottimi risultati, ottenen-

do una riduzione complessiva delle spese, per esempio quelle bancarie e telefoniche, attraverso la stipula di contratti con condizioni più favorevoli, quelle di rappresentanza e per le pubblicazioni. Di conseguenza è stato possibile introdurre quote di adesione differenziate a seconda dell'età

e la gratuità per gli iscritti laureatisi da più di 50 anni. La pianificazione ha anche consentito di investire nel nuovo sito internet istituzionale, varato ufficialmente a inizio estate. Stiamo tuttora lavorando per una nuova distribuzione delle risorse economiche. Mi preme sottolineare che tut-

to questo è stato possibile grazie al lavoro, all'impegno e alla collaborazione di tutti, del Consiglio che ha istituito e sostenuto la commissione, del Direttivo che si è interfacciato costantemente con essa e del personale di segreteria sempre disponibile ed attento».

TUTTI I NUMERI DELLA QUOTA D'ISCRIZIONE

Fino al 2018 la quota di adesione era di 188 euro pro capite l'anno. A partire da **gennaio 2019** sono state introdotte tariffe differenziate a seconda della fascia d'età:

- 100 euro per gli iscritti con meno di 30 anni (416 nel 2019);
- 150 euro per gli iscritti fra i 30 e i 35 anni (638);
- 188 euro per gli iscritti fra i 36 e i 70 anni (4.641);
- 150 euro per gli iscritti fra i 71 e i 75 anni (437).

Inoltre una delibera del Consiglio dell'Ordine ha stabilito di **azzerare** la quota di adesione per gli iscritti laureatisi da più di 50 anni (248 nel 2019) e di **ridurre da 188 a 165 euro** la seconda quota per i professionisti iscritti sia all'Albo dei Medici Chirurghi, sia all'Albo degli Odontoiatri (450, di cui 407 fra i 36 e i 70 anni e 43 fra i 71 e i 75).

COMUNICATO AGLI ISCRITTI

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

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

LE OPZIONI SARANNO:

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

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

Confidiamo di poterVi dare un servizio migliore

La segreteria dell'Ordine

NOI NON CI OCCUPIAMO DI
MEDICINA:

ASSICURIAMO I MEDICI!

- RC Professionale e Colpa Grave per tutte le specialità
- Tutela Giudiziaria con libera scelta del legale
- Polizze infortuni anche per i rischi epatite e HIV

**SIAMO AL VOSTRO FIANCO DA
OLTRE 20 ANNI**

CONTATTI

telefono **045 84 03 520**

whatsapp **335 155 23 79**

mail **infomedici@aemme-servizi.it**

sito **www.nonsoloassicurazioni.it**



LE MIGLIORI SOLUZIONI
ASSICURATIVE PER LA TUA

FAMIGLIA

CASA

SALUTE

PENSIONE

E NON SOLO!!

Aemme Servizi Assicurativi e
Finanziari Società Cooperativa
C.F e P.IVA 04551810239

Via Fiumicello 5 - 37131 - Verona
Iscrizione RUI Ivass B000604006
del 15/06/2018

Protocollo di intesa sulle dimissioni dei pazienti terminali

La commissione Territorio-Ospedale dell'OMCeO Verona ha elaborato un protocollo di intesa sulle dimissioni dei pazienti terminali. Il documento è stato sottoscritto tra AOUI di Verona, AULSS 9 Scaligera, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Ospedale Pederzoli Casa di Cura Privata SpA di Peschiera, e le OO.SS. della Medicina di famiglia con l'approvazione dell'Ordine dei Medici della provincia di Verona.

Ci auguriamo che questo accordo possa semplificare la vita di questi pazienti e facilitare l'attività dei MMG, favorendo un incontro tra medico Ospedaliero e il MMG.

Le varie componenti, Medico Ospedaliero, MMG, Palliativa e ADI, coordineranno le loro forze per cercare di rendere meno difficile la vita degli ultimi giorni. L'accordo andrà in vigore il 1° settembre 2019, dopo che saranno date adeguate informazioni a tutti gli iscritti.

È istituito un comitato di verifica composto da:

- Dottori DI FRANCESCO e CAMETTI per AOUI Verona
- Dottori BORIN e ZANETTI per AULSS 9 Scaligera
- Dottoressa MIRANDOLA e dott. BELLAMOLI per i MMG
- Dottori ORCALLI e MORETTO per l'OMCeO di Verona.

La commissione vigilerà sull'accordo col compito preciso di affrontare e possibilmente risolvere i problemi e le difficoltà che dovessero insorgere.

COMMISSIONE OSPEDALE - TERRITORIO

Il presente protocollo costituisce documento di intesa tra AOUI di Verona, Azienda ULSS 9 Scaligera, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Ospedale P. Pederzoli -

Casa di Cura Privata SpA di Peschiera, e le OOSS della Medicina di famiglia con l'approvazione dell'Ordine dei Medici della provincia di Verona.

Percorso per le dimissioni dei pazienti in fase avanzata di malattia.

La continuità assistenziale tra ospedale e territorio per i pazienti in fase avanzata di malattia, siano essi oncologici o affetti da malattie croniche, viene garantita, nel rispetto della normativa in vigore, da una dimissione ospedaliera (ricovero o ambulatorio) concordata e condivisa e con un PAI (piano di assistenza individuale) che deve essere redatto prima della dimissione.

Per l'identificazione della fase avanzata di malattia (fase di terminalità) si concorda di prendere a riferimento i criteri:

- Paziente con aspettativa di vita non superiore a 6 mesi
- Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia
- Esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia
- Indice di Karnofsky uguale od inferiore a 50

i 4 criteri devono essere tutti soddisfatti.

Pazienti NON CONOSCIUTI alle cure palliative territoriali al momento del ricovero, in dimissione da:

A. Azienda Ospedaliera di Verona con GECOS ADP

Non appena il medico ospedaliero formula la diagnosi di terminalità (secondo i criteri sopra riportati) su un paziente ricoverato si attiva per:

- inserire il paziente in GECOS ADP attivando il percorso assistenziale "Percorso 8 cure palliative"
- informare la centrale operativa dell'ADI di riferimento territoriale (attraverso la bacheca di GECOS ADP),

la quale contatterà il medico di medicina generale per il coinvolgimento di quest'ultimo nel percorso assistenziale. La centrale operativa dell'ADI di riferimento territoriale favorirà il contatto diretto tra medico ospedaliero e medico di medicina generale.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) monitorerà la segnalazione, su GECOS ADP, fino alla presa in carico territoriale, sostenendo il transito se necessario.

Fin da subito il medico di medicina generale e la centrale operativa dell'ADI verificheranno la possibilità (situazione familiare, ambientale, presenza di care giver etc..) e le modalità di attivazione dell'assistenza domiciliare.

Il referente ADI di distretto convoca l'Unità Valutativa Multidimensionale (U.V.M.D.), con il coinvolgimento del medico palliativista, secondo la procedura prevista.

B. Gli altri Ospedali che sottoscrivono il documento di intesa

Non appena il medico ospedaliero formula la diagnosi di terminalità (secondo i criteri sopra riportati) su un paziente ricoverato si attiva per:

- inviare la scheda di segnalazione predisposta per tale comunicazione alla centrale operativa dell'ADI di riferimento territoriale (sarà verificata la possibilità di informatizzare la comunicazione utilizzando uno dei sistemi già presenti nell'AULSS 9)
- La centrale operativa dell'ADI di riferimento territoriale favorirà il contatto diretto tra medico ospedaliero e medico di medicina generale.

La Centrale Operativa Territoriale, che riceverà copia della segnalazione (una volta informatizzata la comunicazione), monitorerà detta segnalazione

fino alla presa in carico territoriale sostenendo il transito se necessario. Fin dalla segnalazione il medico di medicina generale e la centrale operativa dell' ADI verificheranno la possibilità (situazione familiare, ambientale, presenza di care giver etc..) e le modalità di attivazione dell'assistenza domiciliare.

Il referente ADI di distretto convoca l'Unità Valutativa Multidimensionale (U.V.M.D.), con il coinvolgimento del medico palliativista, secondo la procedura prevista.

In sede di Unità Valutativa Multi Dimensionale (U.V.M.D.) viene predisposto il Piano Assistenziale Individuale (PAI) condiviso anche con il medico ospedaliero.

Nel caso il paziente non sia eleggibile per le cure domiciliari sarà attivato un inserimento presso le strutture residenziali appropriate.

Se il paziente è eleggibile ad una assistenza domiciliare, una volta:

1. messi in contatto il medico di reparto che segue il caso, la centrale operativa dell'ADI ed il medico di medicina generale,
2. predisposto il PAI che preveda anche l'eventuale fornitura di presidi e/o materiali di supporto che possono essere tempestivamente richiesti
3. risolta la fase di acuzie che ha portato al ricovero, si procede con la presa in carico del paziente al proprio domicilio.

Valutata quindi la **eleggibilità alla dimissione** da parte del medico ospedaliero che ha in cura il paziente e ricevuto dalla centrale operativa dell' ADI di riferimento territoriale e dal medico di medicina generale l'avvenuta attivazione dell'assistenza domiciliare, **si procede alla dimissione protetta nei modi e tempi già stabiliti da precedenti documenti sottoscritti e condivisi e che tutti i soggetti implicati sono impegnati a rispettare.**

L'avviso di dimissione protetta viene comunicato, secondo le modalità già condivise, alla centrale operativa dell' ADI, che provvede poi ad informare il MMG:

- possibilmente 5 giorni prima, ma non meno di tre giorni lavorativi prima, della prevista dimissione
- la dimissione non dovrà avvenire il venerdì o nei giorni festivi e prefestivi, salvo specifici casi concordati con MMG e con ADI.
- il medico di reparto o la caposala informano tempestivamente la centrale operativa dell' ADI di riferimento territoriale di eventuali cambiamenti rispetto alla data di dimissione comunicata.

Solo un passaggio concordato e organizzato permette una continuità di cura ed un adeguato supporto alla famiglia evitando o riducendo al minimo quelle criticità anche organizzative che portano ai re-ricoveri.

Pazienti CONOSCIUTI alle cure palliative territoriali al momento del ricovero:

La dimissione di pazienti già in carico alle cure palliative territoriali necessita comunque di un transito protetto che garantisca una continuità delle cure. Si ritiene opportuno che prima della dimissione sia favorito un contatto diretto tra il medico di medicina generale e il medico ospedaliero, mediato dalla centrale operativa dell' ADI di riferimento territoriale, per un aggiornamento della situazione clinica e assistenziale.

L'avviso di dimissione protetta viene comunicato, secondo le modalità già condivise, alla centrale operativa dell' ADI, che provvede poi ad informare il MMG:

- possibilmente 5 giorni prima, ma non meno di tre giorni lavorativi prima, della prevista dimissione
- la dimissione non dovrà avvenire il venerdì o nei giorni festivi e prefestivi, salvo specifici casi concordati con MMG e con ADI.
- il medico di reparto o la caposala informano tempestivamente la Centrale Operativa dell'ADI di riferimento di eventuali cambiamenti rispetto alla data di dimissione comunicata.

Si ritiene inoltre necessario un percorso condiviso, con canali preferenziali, anche per l'eventuale invio del paziente in ospedale in caso di

riacutizzazione di malattia non gestibile a domicilio per necessità di accertamenti strumentali, di procedure specialistiche ambulatoriali o di ricovero. Anche in questi casi sarà stilato un protocollo concordato di invio e di accoglienza che possa evitare attese in pronto soccorso o ricoveri in reparti non idonei o non a conoscenza della situazione clinica del paziente.

In un successivo protocollo di intesa saranno concordate le procedure per garantire le cure palliative tra ospedale, Hospice e territorio e le modalità per operare le analisi sugli indicatori di seguito riportati.

INDICATORI:

1. INDICATORI PREVISTI DALLA DGR n. 248 del 08 marzo 2019 (Allegato I - DH3) Per questi indicatori si chiede un flusso trimestrale

- % deceduti per causa di tumore assistiti nella Rete di Cure Palliative (Cure Domiciliari e Hospice)
Soglia: $\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$)
- % dei pazienti oncologici deceduti in ospedale
Soglia: $\leq 20\%$
- Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio
Soglia: $\geq 5\%$ (punteggio parziale se $\geq 2,5\%$)

2. INDICATORI AOUI ricavabili con il flusso Gecos ADP:

1. numero di pazienti non presi in carico sul numero totale dei pazienti segnalati
2. analisi dei motivi della non idoneità alla presa in carico sul totale pazienti non presi in carico: es. pazienti deceduti; pazienti dimessi presso Hospice/ Lungodegenza/ RSA/ Riabilitazione; pazienti dimessi a domicilio senza attivazione di Cure Palliative domiciliari (ad es. per assenza del caregiver);
3. tempo che intercorre tra la segnalazione da parte del reparto e la dimissione del paziente (già rilevato da flusso Gecos ADP).

Il rapporto medico-paziente all'epoca di internet

“Nel mio piccolo paese vanno a farsi fare la ricetta medica, ma chi ha almeno 50 anni va su Internet e cerca lo specialista. **Il mondo in cui ci si fidava del medico è finito**” ha affermato **Giancarlo Giorgetti**, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri, nel suo intervento qualche giorno fa al **Meeting di Rimini** di Comunione e Liberazione.

Raccogliamo quindi la provocazione, per così dire, provando a ragionare su come è cambiato il rapporto medico-paziente nella web era.

“Troppe informazioni = disinformazione” diceva mio nonno a proposito della neonata World Wide Web, di Internet, ragionando su possibilità ed eventuali insidie del nuovo modo di comunicare. E aveva davvero ragione.

A più di 30 anni dalla sua nascita Internet oggi ci fornisce in pochi secondi accesso a qualsiasi tipo di informazione su qualsiasi argomento. In questo mare magnum però, in cui chiunque può pubblicare contributi, è chiaramente la qualità delle informazioni a farne le spese, perché il web è estremamente democratico, ma poco controllato.

Internet ha avuto un importante impatto anche sul lavoro e sulle potenzialità di aggiornamento della categoria medica, ma sul rapporto fra medico e paziente l'impatto è stato particolarmente rilevante, dato che numerosi sono i pazienti che, oggi, cercano sul web informazioni di “primo soccorso”, ancor prima di rivolgersi al medico di fiducia, non più unico depositario del sapere medico e della soluzione di ogni necessità legata alla salute.

Oggi la situazione è completamente cambiata, in relazione al continuo

proliferare di Forum, Blog e Social Network, che danno la possibilità a chi ha un problema di salute, o a chi pensa di averlo, di catturare pareri e confrontarsi con chi ha problemi affini e anche di interagire con medici che possono dare loro informazioni e riferimenti sulla base dei sintomi riferiti, sebbene “alla cieca”.

Questo fenomeno è attualissimo e difficile, se non impossibile, da arginare. È una rivoluzione che, più che coinvolto, ha travolto chi esercitava il lavoro del medico prima della web era.

Purtroppo l'apparente facilità di accesso ad informazioni online, per interpretare il proprio stato di salute e trovare soluzione ai propri problemi, nasconde insidie evidenti. La verità è che le informazioni di qualità presenti sul web per problematiche di salute, dalle più banali a quelle più gravi e complesse, è mediamente bassa, ed ogni professionista della salute, che per aggiornarsi deve ricorrere a canali specifici, lo può confermare.

Non vi è modo infatti, per il fruitore di risalire a fonti precise e autorevoli, e nemmeno nei blog dedicati ad argomenti medici è facile capire con chi ci si sta relazionando, anche quando ci stiamo, in linea teorica, confrontando con medici che si dedicano alla divulgazione online. Non esiste infatti, nella gran parte dei casi, alcun tipo di certificazione dei titoli posseduti dal nostro “dottore virtuale”.

Inoltre i motori di ricerca, nel proporci i contenuti sulla base delle parole da noi inserirete, seguono logiche di tipo economico e legate alle leggi del web, lontane da criteri di autorevolezza e veridicità.

I rischi quindi di affidarsi alla **webautonomy senza filtri**, sono elevatissimi ed è facile l'identificazione con

sintomi letti online e fatti propri, in particolare per i soggetti più suggestionabili.

Ancor più pericoloso il diffondersi di “saperi medici paralleli”, con rischi che si estendono all'intera comunità, come nel caso dei vaccini in Italia. Dobbiamo quindi partire da alcuni capisaldi per guidare il processo di diffusione del sapere medico, che, mai come oggi ha bisogno di essere governato e non lasciato al caso, pena gravi conseguenze, non solo per i singoli, ma per l'intera collettività.

In questo contesto quindi il ruolo del **medico di fiducia**, sia esso il medico di famiglia o il medico ospedaliero, diventa ancora più importante e centrale, proprio per guidare il paziente nella selva di informazioni alla cura del proprio problema di salute. Serve per questo che il rapporto medico paziente venga rinsaldato su basi nuove. Il medico non è più l'oracolo cui affidarsi nel momento del bisogno in modo fideistico, ma il **filtro anti disinformazione**, la figura in grado di aiutarci nella miglior scelta per il nostro benessere sulla base del rapporto di fiducia reciproco.

Oggi più che mai. Serve quindi uno sforzo da parte di noi medici nel continuare ad aggiornarci con fonti certe e nell'accettare che il paziente cerchi informazioni sulla propria salute online e serve sensibilizzazione da parte del Ministero della Salute rispetto alle insidie derivanti dal consulto di Dottor Google.

Lodevole l'iniziativa congiunta antibufale online di Enpam e Fnomceo “Dottoreèveroche?”, ma sarebbe opportuno che internet stesso tutelasse i cybernauti con un **rating di attendibilità scientifica**, o certificati di qualità, dei siti in cui vengano af-

frontate tematiche legate alla salute. La posta in gioco è troppo alta per lasciare la situazione al caso o alle pericolose derive innestate da Governatori Regionali, che pensano di poter far gestire pazienti in pronto soccorso a neolaureati, e sottosegretari della Presidenza del Consiglio dei Ministri che sostengono, contro ogni principio scientifico e di economia sanitaria, che si possa bypassare il medico di famiglia e rivolgersi direttamente allo specialista consigliato dal web.

La verità è che una certa politica mira a delegittimare le competenze, avendo così la scusa per ridurre i servizi ai cittadini, sia come disponibilità che come qualità. Sta ai depositari del sapere, quindi, non solo



“nuotare controcorrente”, ma essere pronti all’ascolto delle persone, ribattendo colpo su colpo a chi irresponsabilmente attenta alla qualità dei servizi alla Salute.

Andrea Rossi

GERIATRIA B - AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA, VICE SEGRETARIO ANAAO ASSOMED REGIONE VENETO.

Sanità digitale

Al Meeting di Rimini Giorgetti, esponente di primo piano della Lega, ha affermato che ormai la figura del medico di famiglia è superata e che “il mondo in cui ci si fidava del medico di base è finito” e la gente ormai trova sempre più spesso le risposte ai propri problemi di salute consultando internet. La dichiarazione ha fatto scalpore ed è stata riportata sulla stampa scatenando una serie di polemiche tra cui quelle piccate di FIMMG e FNOMCeO.

In questo numero del giornale è anche occasione ad alcune interessanti considerazioni del collega Andrea Rossi (pagina 18-19). Prima di “sparare sentenze” e prendersela con chi fa tali dichiarazioni è bene però guardarsi intorno e cercare di capire cosa sta succedendo. In Gran Bretagna i

pazienti che rinunciano al General Practitioner (il loro Medico di Medicina Generale) possono ricevere consultazioni gratuite tramite una piattaforma informatica. Il servizio è frutto di una collaborazione tra National Health Service e l’app Babylon Health.

L’applicazione introdotta a novembre 2017 permette di ‘prenotare un appuntamento in pochi secondi’ usando lo smartphone e sempre attraverso questo avere il consulto con il medico. I pazienti che rinunciano al medico del NHS possono usare l’app gratuitamente e ricevere consultazioni da medici che sono disponibili 24 ore su 24 tutti i giorni. Il software dell’app usa una intelligenza artificiale che suggerisce al medico le domande da porre e guida alla diagnosi più probabile. Per il medico che aderisce alla piattaforma si tratta di lavorare di più con un guadagno inferiore a quello dei colleghi inseriti sul territorio, ma per il NHS è un bel risparmio.

Perché i medici che aderiscono alla novità basta che parlino correttamente l’inglese come può farlo ad esempio un medico di Bangalore

che, se sta nel suo paese di origine, guadagnerebbe molto meno. Dopo oltre un anno e mezzo di esercizio sono emerse le prime perplessità.

Forti dubbi sono sorti sulla validità clinica dello strumento dal momento che tutto il sistema non è mai stato sottoposto a “prove affidabili” ed inoltre in qualche caso “non è riuscito a identificare i sintomi da ‘bandiera rossa’ per condizioni potenzialmente letali, tra cui infarto, ictus, trombosi venosa profonda, cancro e meningite”. Non solo, ma l’app non è risultata in grado di adeguarsi a bisogni fisici, sociali e psicologici complessi e penalizza le persone che non sanno usare adeguatamente la tecnologia. I dati però sono chiari: il report pubblicato a maggio afferma che in questa prima fase di avvio solo il 28% di coloro che inizialmente si sono iscritti al servizio ha successivamente cambiato idea e si è cancellato. Il 72% di pazienti è soddisfatto.

Da noi, scrive il Sole 24 Ore citando dati ISTAT, il numero di persone che si reca dal medico di base è ancora elevato: in media il 74% delle persone da 15 anni in poi fa ricorso al medico

di famiglia almeno una volta all'anno (con una media di 1,2 contatti l'anno) ma sale al 90,9% se si considerano solo gli ultrasessantacinquenni. Una ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano ha rilevato le spese per la sanità digitale ed i comportamenti digitali di medici e cittadini.

Secondo l'indagine, nel 2018 la spesa complessiva per la sanità digitale è cresciuta del 7%, raggiungendo un valore di 1,39 miliardi di euro e rafforzando il trend di crescita iniziato l'anno precedente.

Gli strumenti digitali che più entrano a far parte della quotidianità dei medici sono quelli utilizzati per comunicare con i pazienti. L'85% dei medici di medicina generale e l'81% dei medici specialisti – secondo lo studio – utilizza la posta elettronica per inviare comunicazioni ai pazienti, mentre WhatsApp è usato da più di 6 medici di medicina generale su 10 e dal 57% degli specialisti per fissare o spostare appuntamenti e per condividere documenti o informazioni cliniche.

Per quanto riguarda i pazienti, circa un cittadino su cinque usa la posta elettronica o WhatsApp per comuni-

care col proprio medico, solo il 23% prenota online una visita specialistica e appena il 19% effettua il pagamento sul web. L'uso di Internet e degli strumenti digitali fra i cittadini italiani per reperire informazioni e accedere ai servizi sanitari è comunque in aumento soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione, anche se il canale fisico è ancora quello privilegiato dalla maggior parte della popolazione che va dal Medico di famiglia (che è però quella anziana).

Un sondaggio condotto sempre dall'Osservatorio in collaborazione con Doxapharma su un campione di mille cittadini rivela che oltre un terzo delle persone che avvertono sintomi di qualche tipo cerca sul web informazioni generiche sulla salute.

Chi invece non utilizza i canali digitali e dichiara di preferire il contatto fisico personale con il proprio medico è il 67%. Di questi il 19% ammette di non saperli usare. Ma cosa accadrà tra qualche anno quando quelli che li sanno usare andrà a occupare lo spazio di quelli che ora non lo sanno fare?

L'avvento del Fascicolo Sanitario Elettronico, della ricetta dematerializzata, dei consulti telefonici e di quelli che avvengono attraverso i canali digitali sta cambiando il no-

stro modo di lavorare. I contatti fisici scendono e quelli digitali diventando sempre più frequenti.

Mi conforta una lettera pubblicata sul BMJ qualche anno (2016) fa in cui il figlio di un paziente deceduto in ospedale si lamentava del fatto di essere andato a parlare con il medico che aveva assistito il padre prima della morte. "Volevo capire da lui se aveva sofferto e come erano andate le cose".

Ma "invece di trovare un medico" lamentava "ho trovato un impiegato che rispondeva freddamente alle mie domande fissando lo sguardo sullo schermo del suo computer".

La sfida del futuro sarà quella di saper usare la tecnologia digitale per migliorare le prestazioni, usare l'intelligenza artificiale per rendere più facili e precise le nostre diagnosi, usare la telemedicina per avere consulti in tempi più rapidi.

Mantenendo però con i nostri pazienti quella quota di empatia e familiarità che non potrà mai essere appannaggio dell'artificiale e del web. Pena il vederci trasformati in "call center".

ROBERTO MORA

AMMISSIONE DEI MEDICI ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA SANITARIA, PER L'ANNO ACCADEMICO 2018-2019.

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 101 del 2 maggio 2019, è stato pubblicato l'avviso relativo al concorso di ammissione dei medici alla Scuole di Specializzazione di area sanitaria, per l'anno accademico 2018-2019.

Il provvedimento testualmente recita: "con decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca 2 maggio 2019, prot. n. 859 è stato emanato il bando per l'ammissione dei medici alle Scuole di specializzazione di area sanitaria, per l'A.A. 2018/2019. Il testo del bando e i relativi allegati sono consultabili sul sito www.miur.gov.it e sul sito www.university.it. Con successivo provvedimento, integrativo del suddetto atto, sono indicati i posti disponibili per ciascuna Scuola di specializzazione attivata per l'A.A. 2018 - 2019 e sono altresì indicati, sempre per ciascuna Scuola attivata, i posti finanziati con risorse regionali, i posti finanziati con risorse di altri enti pubblici e/o privati, nonché i posti riservati alle categorie di cui all'art. 35 del decreto legislativo n. 368/1999. Della pubblicazione sul sito istituzionale del MIUR del richiamato provvedimento integrativo sarà dato avviso nella Gazzetta Ufficiale."

English from the doctor to the patient



CORSI DI INGLESE TARGETTIZZATI

Shenker offre da sempre, In Italia, soluzioni tagliate su misura per le aziende, i professionisti, i ragazzi e i bambini. Shenker è molto più di una scuola d'inglese; è una scuola che ragiona IN inglese, con un metodo testato da 60 anni, rapido ed efficiente, che ha trasformato generazioni di italiani in persone internazionali, di successo, capaci di lavorare nel mondo senza problemi di lingua.

SHENKER VERONA

Corso Porta Nuova, 20 - T. 045 8004421

www.shenker.com



shenker
SINCE 1956

DESIGN YOUR
INTERNATIONAL SELF

Pubblicità sanitaria: finalmente le “linee guida”

Da settimane tutti, ordinisti e Colleghi, attendevamo con ansia la conclusione dei lavori e la pubblicazione delle “linee guida” per un corretto esercizio della pubblicità/informazione in ambito sanitario.

Con piacere ve ne parlo cercando di illustrare i capisaldi da rispettare e di spiegarne i perché. E' complesso ma l'ottimismo mi aiuta. Premetto che il documento in oggetto, per ora, inizio agosto, è approvato solo dalla componente odontoiatrica. La parte medica tuttavia l'ha già posto in discussione per la sua prossima riunione nazionale e probabilmente ne adotterà lo schema generale, seppur non si possano escludere piccole modifiche. Senso del documento è in primo luogo diffondere una corretta e uniforme interpretazione, a livello nazionale, delle norme vigenti. Potrebbe essere ora interessante l'enunciazione delle leggi che riguardano l'argomento, ma, essendo molte e complesse, ne do i titoli e i link di riferimento e i numeri degli articoli di interesse per chi desidera approfondire:

• Legge 5 febbraio 1992, n. 175 **artt. 4, 5, 8 e 9**
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_692_allegato.pdf

• Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 **art. 21**
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/carica-DettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1997-03-06&atto.codiceRedazionale=097G0076&elenco30giorni=false

• Legge 4 agosto 2006, n. 248 **art. 2**
<https://www.camera.it/parlam/leggi/06248l.htm>

• Decreto Legge 13 agosto 2011 n. 138 art. 3, comma 5, coordinato con

la legge di conversione 14 settembre 2011, **n. 148**

<https://www.camera.it/parlam/leggi/06248l.htm>

• Decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012 n. 137, **art. 4**
<http://leg16.camera.it/561?appro=727>

• Legge di bilancio 2019, **art. 1 commi 525 e 536**
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/12/31/18G00172/sg>

Per approfondimenti ti invito al Convegno organizzato dall'Ordine di Verona e che si svolgerà in Aula Fazzini, via Giberti 11, il 26 ottobre p.v. al mattino e nel corso del quale queste leggi verranno citate ed esaminate

Ma torniamo alle linee guida. Essendo la legge di bilancio 145/2018 l'ultima competente (sottolineando che il contenuto della suddetta legge è “integrativo” e in nessun modo “abrogativo” di quanto precedentemente in vigore), la sua recente promulgazione non ha consentito, a tutt'oggi, l'emanazione dei dispositivi e quindi neppure di un sistema sanzionatorio. Ecco perché ricade in capo agli Ordini la necessità di curarne l'obbedienza, con riferimento agli **articoli 54, 55, 56, 57 e 69 del Codice Deontologico**.

Ma cosa può contenere e come deve essere l'informazione sanitaria? Può contenere:

- Titoli professionali e specializzazioni
- Informazioni sull'attività professionale
- Caratteristiche del servizio offerto
- Struttura dello studio (o carta dei servizi)
- Onorario delle prestazioni

- Nessuna notizia su avanzamenti nella ricerca o su innovazioni non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico

Come deve essere:

- Veritiera
- Trasparente
- Corretta
- Funzionale all'oggetto
- Non promozionale
- Non suggestiva
- Non equivoca
- Non ingannevole
- Non denigratoria

Ora qualche approfondimento.

Fondamentale il distinguo tra “pubblicità informativa” e “promozione”, definendosi questa come l'insieme di attività di comunicazione a carattere prevalentemente persuasivo utilizzate dall'impresa per spingere la propria offerta verso i consumatori finali o per sollecitare questi ultimi a richiederla e acquistarla. Pertanto vi rientrano, non risultando ammesse, tutte le formule pubblicitarie basate su prezzi vistosamente ribassati, scontistiche, attrattive su tempi accattivanti ma non supportati da necessaria e non citata precedente valutazione medica, agevolazioni di pagamento, gratuità, uso di immagini ad effetto, tutto ciò insomma che induca ad accettare contratti di cura con tecniche di persuasione. In sintesi non è lecito suggestionare il cittadino paziente inducendolo a una scelta o comportamento indotti da un condizionamento psicologico ed emotivo.

Le informazioni consentite sull'attività professionale riguardano le specifiche relative alle prestazioni svolte con l'indicazione dell'operatore che le esegue. I titoli e le specializzazioni professionali possedute devono avere carattere accademico e devono

essere riconosciute dallo Stato. Possono essere oggetto dell'informazione anche i master ed i corsi di perfezionamento purché siano dimostrabili mediante certificazione dell'autorità che li ha emanati e/o riconosciuti dallo Stato. Tale documentazione va presentata in originale o in copia conforme, oppure in regime di auto-dichiarazione.

Le informazioni sui compensi applicati sono vietate qualora esse siano limitate solo all'indicazione degli onorari o presentate con modalità prevalente rispetto agli altri elementi informativi consentiti.

È veritiera invece la comunicazione che corrisponde alla realtà in maniera dimostrabile. A titolo esemplificativo possono invece indicarsi come non veritiere quelle comunicazioni in riferimento al possesso di diplomi di specializzazione mai acquisiti o il possesso di specializzazioni non esistenti a livello accademico. (esempio: specialista in implantologia o specialista in protesi).

È corretta la comunicazione che risulta in linea con i principi specificati

nella normativa di legge e nel Codice Deontologico. Non lo è la forma di pubblicità informativa priva di contenuti di informazione professionale e lesiva del decoro e della dignità della professione.

Equivoco è il messaggio che può essere inteso in modi differenti, con caratteristiche di ambiguità e finalizzato a fornire un'informazione non chiara al fine di confondere il paziente.

Addirittura ingannevole è l'informazione tesa a indurre in errore il paziente mediante un messaggio fuorviante, falsato e distorto al fine di condizionarne la scelta. Tipico esempio di pubblicità ingannevole in questo campo è la promessa di interventi atti a risolvere patologie senza basarsi su evidenze scientifiche comprovate o la pubblicità mascherata con articoli di carattere giornalistico.

Rientra in questo campo anche l'indicazione della singola rata di un finanziamento, tacendo la durata dello stesso.

La pubblicità comparativa o denigratoria rientrano nella casistica trattata dall'art. 56 del Codice Deontologico.

Ricordiamo che la "prestazione gratuita" segue quanto previsto dall'art. 54 del Codice Deontologico mentre la visita professionale non può essere offerta in gratuità o con la formula "visita senza impegno" trattandosi palesemente di promozione.

La citazione di marchi commerciali o brand è comunque vietata.

E, per finire, il sostantivo "clinica" in mancanza di complessità di mezzi o di organizzazione (es. presenza di posti letto ovvero effettuazione di prestazioni sanitarie complesse) risulta essere un termine ingannevole e non veritiero, quindi non accetto, soprattutto quando l'attività svolta sia meramente replicativa della professione odontoiatrica.

Pur rendendomi conto della complessità dell'argomento trattato, mi auguro di aver fatto luce, o chiarezza, in un campo così difficile e impegnativo sia per chi ne fa uso sia per coloro cui spetta il controllo della liceità di quanto sulla stampa o nel web o nelle radiotelevisioni costantemente appare.

FRANCESCO BOVOLIN

NORME COMPORTAMENTALI PER I MEDICI CHE EFFETTUANO SOSTITUZIONI

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

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

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 15 MAGGIO 2019

Presenti: Dott.ssa Boscagin,
Dott. Bovolin, Dott. Luciano,
Dott. Pace, Dott. Zattoni

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

1. Il Presidente riferisce della proposta fatta durante la riunione di San Patrignano ove veniva chiesto un contributo intellettuale di ogni CAO alle proposte riguardanti la pubblicità sanitaria. Il Presidente chiede a tutti i membri di leggere il documento e portare il proprio contributo in previsione della prossima riunione de L'Aquila.
2. La CAO prende in esame il caso riguardante l'articolo de L'Arena dal Titolo "l'igiene dentale spiegata ai ragazzi e ai loro genitori". Rilevandosi nei sottotitoli la dizione "per tutto il mese visite gratuite" ritiene necessario intervenire per chiarimenti.
3. Perviene all'Ordine una segnalazione relativa ad una pubblicità effettuata dalla struttura "XX" il cui direttore sanitario è il Dott. ABC. Viene deliberato di invitarlo a colloquio per informazioni.
4. Il Presidente informa i presenti che è pervenuta, da parte del Comune di Verona, la delibera che dispone la sospensione dall'esercizio della struttura IISS.

La Cao esprime soddisfazione per i risultati ottenuti a seguito di lungo impegno di controllo.

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono esaminati e discussi 8 casi riguardanti nostri iscritti. Per ognuno di essi si assume la decisione che appare più corretta.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 12 GIUGNO 2019

Presenti: Dott.ssa Boscagin,
Dott. Bovolin, Dott. Luciano,
Dott. Pace, Dott. Zattoni

Lettura ed approvazione verbale precedente: approvato con una modifica.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

1. Viene presentato il progetto di un convegno riguardante l'informazione sanitaria e la direzione sanitaria da svolgersi nei prossimi mesi. Il Dott. Bovolin espone il programma di massima e i possibili relatori.
2. Il Presidente informa i presenti sulla riunione per la revisione delle iscrizioni all'Albo dei CTU che si terrà il prossimo 18 giugno. Delegato per la Commissione Odontoiatri sarà il Dott. Zattoni Franco che già si è occupato di presenziare alle riunioni precedenti.
3. Il Presidente riferisce ai presenti sulla calendarizzazione degli eventi ordinistici previsti per i prossimi mesi. Verrà inviato ad ognuno il calendario dettagliato. Il Presidente

auspica la maggior presenza possibile agli incontri in programma.

4. Il Presidente riferisce di aver avuto un colloquio con il Dott. P in relazione ad un articolo apparso sul quotidiano l'Arena del 13 maggio scorso riguardante un incontro che si sarebbe tenuto presso il centro dentistico XTY a Verona. Il Dott. P è stato invitato in modo informale a chiarire la sua posizione. Il Presidente riferisce il senso del colloquio e da lettura delle controdeduzioni fatte pervenire dal Sanitario.

5. Il Presidente riferisce di aver ricevuto una segnalazione da parte del Sig. DC riferita dal Dott. Z. Non viene ravvisata, dalla lettura dell'esposto e soprattutto dalla conversazione telefonica poi intercorsa tra il Presidente e l'esponente, manifestante insoddisfazioni completamente prive di costrutto e dai toni persino offensivi, nessuna violazione al Codice Deontologico da parte del sanitario.

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono esposti e discussi 5 relazioni istruttorie riferibili a casi di nostri iscritti. Per ognuno viene presa una ponderata decisione.

PROCEDIMENTI DISCIPLINARI:

1. Dott. KK: il Presidente informa i presenti che la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni Sanitarie in data 16/05/2019, ha respinto il ricorso presentato dal Dott. KK avverso la sanzione comminata da questa CAO in data 10/03/2015, di sospensione a mesi 1 dall'esercizio professionale di Odontoiatra. La sospensione è efficace dal 03/06/2019 al 03/07/2019.

Dott. Francesco Bovolin
Dott.ssa Elena Boscagin

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 10 LUGLIO 2019

Presenti: Dott.ssa Boscagin, Dott. Bovolín, Dott. Pace, Dott. Zattóni

Assenti giustificati: Dott. Luciano

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

La Cao rileva ancora una volta l'aspetto scandalistico di articolo comparso su Corriere di Verona del Corriere della Sera, cronaca di Verona del 29 giugno 2019, che mette in evidenza, seppur senza prove e del tutto arbitrariamente, una ipotetica connessione tra cure dentali e morte endouterina del feto. Quanto successo mette in risalto, semmai e purtroppo, l'inutilità delle campagne di prevenzione e educazione all'igiene orale per le donne in gravidanza in passato messa in atto in collaborazione da FIMP, ASL e ANDI.

Il Dott. Bovolín presenta una bozza della brochure riguardante il prossimo convegno sulla direzione sanitaria e pubblicità dell'informazione sanitaria Previsto per il giorno 26 ottobre 2019.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

1. Il Presidente informa di comunicazione pervenuta dal Comune di Verona riguardante il caso della struttura IISS, caso ben noto a questa CAO, dando lettura della comunicazione stessa.
2. Il Presidente da lettura della lettera inviata al Dott. P in merito al colloquio avvenuto per pubblicità sanitaria irregolare su Arena del 13/05/2019. La CAO approva.
3. Il Presidente relaziona i presenti sulla circolare n. 91 FNOMCeO concernente l'iscrizione all'Albo dei Medici con laurea in Medicina e Laurea in Odontoiatria e relativo parere del Ministero della Salute.

4. Il Presidente da lettura della Circolare FNOMCeO riguardante il ricorso in appello presentato dall'università privata portoghese di Pessoa. Viene ripercorso il caso e si approva la conferma di negazione della possibilità di aprire una filiale in Italia di detta università
5. Il Presidente da lettura del verbale dei Presidenti CAO del Veneto e ne evidenzia i punti più importanti.
6. IL Presidente riferisce che ANCOD (Associazione Nazionale Centri Odontoiatrici) presenterà a breve denuncia alla Commissione Europea contro la cosiddetta legge Boldi inserita in legge di stabilità 2019. La CAO attenderà gli eventuali sviluppi della vicenda.
7. Il presidente riferisce che il 27 e 28 settembre parteciperà all'Assemblea dei presidenti CAO che si terrà a Riva del Garda.
8. Il Presidente riferisce delle risultanze dei lavori svoltisi durante l'Assemblea dei presidenti CAO a l'Aquila. Viene distribuito a tutti i membri CAO un documento riguardante le raccomandazioni per guidare le CAO provinciali per guidare i messaggi informativi in ambito di informazione sanitaria. Il Presidente chiede ai presenti un'attenta lettura per la possibile pubblicazione e divulgazione di un documento esplicativo per gli iscritti.

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

- Perviene segnalazione riguardante un opuscolo relativo alla sagra di S. Antonio, a Caldierino, ove compare una pubblicità della struttura Clinica WRT. Viene deliberato di convocare il Direttore Sanitario per chiarimenti.
- La discussione dei casi relativi ai sanitari: Dott. A, Dott. B, Dott. C, Dott.ssa D, Dott. E, Dott. F, vengono rimandati alla prossima riunione CAO in quanto, essendo casi complessi è necessaria la presenza

della totalità dei membri CAO per le eventuali decisioni.

- Dott. G: viene ripercorso il caso e viene data lettura del verbale di audizione. LA CAO delibera il non luogo a procedere nei confronti del sanitario. Si archivia.
- Dott. H: viene ripercorso il caso. Il Dott. H si è reso disponibile a contattare i genitori della piccola paziente ma senza risultato. Viene deliberato di attendere una memoria da parte del Sanitario.
- Dott. I: viene ripercorso il caso relativo al Dott. I. Viene letta la segnalazione inviata, viene letto il verbale di audizione del Dott. I e la memoria pervenuta a seguito del colloquio. Si attende l'evolversi della cosa per la necessaria comprensione di certezza di quanto accaduto.
- Dott. L: viene ripercorso il caso. Il presidente informa anche che è pervenuto il verbale del NAS che, da noi segnalato, ha provveduto a fare un sopralluogo. Durante il sopralluogo non sono state rilevate violazioni. La CAO delibera il non luogo a procedere.

PROCEDIMENTI DISCIPLINARI:

- verbale riunione Albo CTU: il Dott. Zattóni prende la parola e riferisce su quanto accaduto nel corso dell'ultima riunione del 18 giugno alla presenza di molti ordini professionali della provincia di Verona, Avvocati, Medici, Odontoiatri ecc. mette in evidenza come nella specifica branca odontoiatrica tra le qualifiche dei CTU anche le specialità più dettagliate dell'odontoiatri siano prese in giusta considerazione. Quattro domande per iscrizione all'albo CTU odontoiatri sono state tenute in sospeso in attesa di verificare l'assolvimento dell'obbligo ECM.

Vengono deliberate le date per i prossimi procedimenti disciplinari



Il contesto della cura come spazio comunicativo. Un'analisi sociologica

Landuzzi M. Gabriella

RICERCATRICE IN SOCIOLOGIA DEI
PROCESSI CULTURALI E COMUNICATIVI
PRESSO IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE
UMANE, UNIVERSITÀ DI VERONA

Tra i molti risultati emersi dalla ricerca promossa da OMCeO sui medici a Verona (Verona Medica 2016) quelli più significativi indicano un nesso stretto tra modalità di comunicazione con i pazienti, livello di soddisfazione dei professionisti della cura e ricorso alla medicina difensiva.

Il contesto di cura come spazio comunicativo, rappresenta un momento cruciale per la costruzione di un'alleanza terapeutica (Stewart et al 2000) e la chiave di volta terapeutica all'interno della relazione è la comunicazione efficace ovvero un processo a due vie in cui viene inviato un messaggio che deve essere correttamente ricevuto e compreso (Tay et al 2011). Quando ciò si verifica il paziente acquista fiducia, si sente rispettato e coinvolto nel processo di cura e può esternare i propri sentimenti, condizione ideale per il miglioramento dell'aderenza terapeutica e degli esiti di cura (Tay et al 2011; Markova et al 2007).

In letteratura esistono dati che dimostrano il rapporto tra modalità di comunicazione e soddisfazione del paziente, tra comunicazione ed efficacia delle cure e tali studi, se da un lato si focalizzano sulla relazione medico-paziente (aspetto micro) guardando alle interazioni e mettendo sotto il microscopio conversazioni e scambi comunicativi, dall'altro, si concentrano sul rapporto tra gli studi organizzativi e sull'importanza della comunicazione nella riduzione degli errori e nella riduzione del rischio (aspetto macro). La letteratura rileva in proposito che una mancanza di comunicazione tra i diversi professionisti sia una delle cause

più comuni di eventi avversi (Khon et al 2000), del peggioramento della qualità dell'assistenza al paziente (Sollami 2015), dell'aumento della durata e dei costi della degenza ospedaliera (Hughes e Fitzpatrick 2010) oltre che causa di distress morale per i professionisti (Lovato e Cunico 2015).

Tali prospettive di studio, seppure fondamentali, corrono il rischio di restituire descrizioni astratte e scorporate dal contesto di cura in quanto non colgono l'esperienza dei pazienti né quella dei professionisti sanitari che devono affrontare una elevata e crescente complessità (Liberati e Moja 2014).

A tal fine occorre aumentare la consapevolezza che i processi interattivi nei quali siamo immersi (Manghi 2003) rappresentano più o meno consapevolmente *“un ordine negoziato”* (Strauss 1992), ovvero sono il risultato dinamico di un ininterrotto processo di ordinamento, o meglio ancora di coordinamento, che si forma e si riforma *nel tempo* (Fisher e Todd 1993; Manghi 2003) e in uno *spazio*. Occorre, pertanto, riconoscere che *“l'informazione sulla malattia e la conoscenza della malattia sono sempre concepite nel contesto di un qualche rapporto con il sé e la società”* (Marková e Power 1992).

Ciò rimanda immediatamente ad una considerazione: che tempo e spazio rappresentati dall'evoluzione dei modelli nella società, dai progressi nelle cure mediche e da un più facile accesso alle informazioni mediche, incidono fortemente sulla relazione medico-paziente, rendendola oggi più complessa (Levy 2017; Gerber e Eiser 2001; Agarwal e Murinson 2012).

Negli ultimi decenni, grandi cambiamenti sociali hanno modificato il contesto nel quale si svolge l'incontro tra medico e 'paziente'. Oggi la medicina

deve confrontarsi con un contesto in cui la vita sociale è caratterizzata dalla presenza di istanze molteplici e plurali (Lalli 2001).

Il nuovo secolo è fondato su ritmi veloci e basi liquide (Bauman 2002) in un continuo confronto-scontro fra culture, e caratterizzato da un processo di cambiamento che sta interessando tutti gli aspetti della vita sociale e che influenza la salute e la qualità della vita nelle moderne società occidentali, dove la diminuzione delle nascite e il progressivo invecchiamento della popolazione hanno trasformato la struttura demografica della popolazione. I cambiamenti nelle forme e nelle dinamiche familiari, nei sistemi di produzione e nel mercato del lavoro, sono alcuni degli elementi che hanno contribuito alla modificazione della domanda di cura e ad un nuovo e più complesso approccio al paziente, come mostra ad esempio l'aumento delle malattie cronico degenerative (OMS 2004).

È pertanto fondamentale per un professionista confrontarsi con gli scenari socio-culturali e con la complessità (Morin 2001), le cui componenti di tipo biologico, socio-economico, culturale, comportamentale e ambientale diventano tutte importanti determinanti di salute (Safford et al 2007). Una complessità che si lega alle esperienze di pazienti e professionisti tenendo conto della specificità dei contesti di cura che assumono la valenza di spazio relazionale e comunicativo (Upshur e Tracy 2008).

In senso lato, la comunicazione ossia il processo mediante il quale messaggi, opportunamente codificati, vengono scambiati tra due o più soggetti attraverso un canale, è una delle basi portanti del processo di socializzazione che permette all'individuo di realizzarsi

con i suoi simili, e di trovare la propria collocazione all'interno della società (Landuzzi 2016).

Strumento di comunicazione per eccellenza è il linguaggio (canale) del quale occorre ricordare che:

1. è un fattore di identità personale; in genere, si apprende spontaneamente dai genitori insieme con le abilità primarie che definiscono la persona umana (camminare, comunicare, provare relazioni affettive); ma configura anche l'identità del gruppo di appartenenza, la famiglia o la comunità o la nazione.
2. L'uso del linguaggio rispecchia un modello di organizzazione del mondo: la medesima realtà è definita dalle varie lingue non solo con parole diverse, ma spesso anche con strategie completamente diverse, che manifestano differenti punti di vista su determinati oggetti o fenomeni. Per questo le lingue cambiano nel tempo e si modellano di continuo sulla mutevole percezione che i parlanti sviluppano della realtà in cui vivono.
3. La lingua di ciascuno di noi è in certo modo "unica", perché costituisce il deposito delle nostre esperienze e testimonia il *nostro* luogo di provenienza (italiano, dialetto...) la *nostra* cultura di provenienza (la famiglia, il ceto sociale...), la cultura acquisita (il livello di scolarizzazione, l'esperienza professionale...) rendendo la lingua di ogni persona come lo specchio del suo mondo di valori, ed un valore essa stessa (Landuzzi Olivieri Soldani 2011).

La comunicazione è pertanto

- *"un processo sociale permanente capace di integrare molteplici elementi e comportamenti: la parola, il gesto, la mimica, lo spazio interindividuale, le credenze, le emozioni, l'esperienza quotidiana, le abitudini culturali, etc."* (Winkin 1996);
- è un processo di interazione tra persone diverse situato in una cornice contestuale che lo comprende (Watzlavick et al 1967). Attraverso le parole che i soggetti si dicono (contenuto) e quello che lasciano intendere a livello verbale e non verbale (relazione)



sulla qualità della relazione che intercorre tra loro, la comunicazione rappresenta quindi *un tutto integrato*, uno spazio dove i soggetti *"costruiscono attivamente, ritagliano interpretazioni che si compenetrano con le loro abitudini ed esperienze quotidiane"* (Winkin 1996);

- è un'espressione sociale perché è l'incontro tra soggetti diversi portatori di "mondi" diversi e si realizza quando l'espressione è compresa e diventa patrimonio comune per la costruzione di una relazione.

Ciò è particolarmente rilevante nell'analisi dei contesti lavorativi, ed in particolare nel contesto medico-sanitario, dove la corretta ed efficace comunicazione si traduce immediatamente in un beneficio per gli stessi professionisti e per gli interlocutori (Stewart 1995; Ministero 2015).

Nel particolare tipo di comunicazione che si instaura tra il medico e il suo paziente sono quindi presenti due linguaggi: quello del medico e quello del paziente. Nella relazione di cura come spazio di comunicazione, i medici, quali professionisti, si esprimono mediante il linguaggio settoriale proprio del loro gruppo professionale, mentre il malato, portatore del linguaggio della sua personale esperienza, non è esercitato nell'espressione e comprensione dei fatti della fisiologia e della patologia (Landuzzi Olivieri Soldani 2011).

Il linguaggio del medico è primariamente un codice appreso che si usa

tra specialisti, un linguaggio per addetti ai lavori, utile nella pratica professionale quotidiana; un linguaggio specialistico che è assolutamente perfetto per capirsi tra clinici, per una comunicazione insieme efficace ed economica (Landuzzi Olivieri Soldani 2011).

Ma questo, diversamente dagli altri linguaggi specialistici non ha come destinatari solo gli altri specialisti, in quanto si rivolge anche al paziente che è la persona direttamente interessata alla comunicazione del medico, perché riguarda la sua salute e la sua stessa vita. Questo rende la relazione comunicativa assai complicata. Nello specifico, quando il medico si rivolge al paziente il suo linguaggio perde la concisione e precisione che manifesta nel rapporto con i colleghi e diventa incompleto e confuso per i pazienti che, in quanto non specialisti, normalmente non posseggono tale linguaggio per intero e non ne hanno una diretta competenza (Landuzzi Olivieri Soldani 2011).

Il codice unitario e scientifico della medicina deve confrontarsi ogni volta con i linguaggi totalmente differenziati dei diversi pazienti (Seriani 2005) inoltre, *"molti significanti hanno mutato significato nel tempo o non hanno il medesimo significato per tutti i parlanti della medesima lingua"* (Castellano 2019). Ne consegue che si richiede ad entrambi di rimodulare, o "mediare", il proprio codice: *"in breve, il medico deve saper tradurre il suo linguaggio speciale in modalità discorsive che cambiano di volta in volta; e il paziente*

deve saper adattare quanto ascolta dal medico dentro il proprio codice di interpretazione della realtà, per dare un senso a quello che gli viene detto" (Landuzzi Olivieri Soldani 2011).

Come è facile intuire, si tratta però di una questione molto sfaccettata, che rende il contesto di cura uno spazio comunicativo ricco di insidie e di sfide per gli attori che lo rendono significativo. Tra queste una delle più rilevanti è rappresentata dalla visione tradizionale della posizione del paziente nel processo di cura, il cui ruolo è cambiato, sostituito da aspettative che lo vedono soggetto attivo e coinvolto (Sahlsten et al 2007, 2008).

Alcuni problemi dipendono dalla lingua d'uso del paziente. Se fino a qualche decennio fa la lingua di buona parte dei pazienti in Italia, era il dialetto, oggi il paziente è spesso straniero, anche di madrelingua non europea. In entrambi i casi, il paziente presenta un doppio svantaggio dal punto di vista della comunicazione perché oltre a non conoscere la lingua della medicina (come tutti gli altri pazienti), non conosce neppure la lingua nazionale di cui essa fa parte e che potrebbe spiegargliela (Landuzzi Olivieri Soldani 2011). Ciò presenta forti ripercussioni dal punto di vista della relazione che, per un senso di inferiorità, rischia di diventare sempre più asimmetrica e distante. (Landuzzi Olivieri Soldani 2011).

Occorre infatti ricordare che la situazione in cui avviene la comunicazione tra medico e paziente è di per sé fortemente asimmetrica, perché vissuta dal secondo in una condizione dominata dall'incertezza, dall'emotività, dalla paura per sé o per un proprio caro, dalla diffidenza o dal possibile pregiudizio verso la professione medica legato a cattive esperienze precedenti (Landuzzi Olivieri Soldani 2011).

La bi-direzionalità della relazione comunicativa, comporta quindi problemi legati alla comprensione sia del significato delle parole che entrambi gli attori si dicono e ascoltano, sia nella comprensione del senso del messaggio, con continue possibilità di fraintendimento.

Ad insidiare il contesto di cura è anche il *riuso* del linguaggio medico e quindi tecnico, da parte del paziente che a volte, per il prestigio linguistico che il tecnicismo porta con sé e che ne fa un segnale potentissimo di cultura e di collocazione sociale, spinge il paziente ad usare anche in modo improprio, la stessa lingua del medico, rischiando di ingenerare nel professionista un certo fastidio nei confronti della saccenteria del paziente che tende ad anticipare la diagnosi, pretendere una certa cura, ecc. (Landuzzi Olivieri Soldani 2011). Tali comportamenti sono sostenuti anche dalle nuove possibilità che il mondo del web e la società dell'informazione che ne è derivata forniscono.

La comunicazione da "verticale" diviene "orizzontale" (tutti possono emettere messaggi verso tutti) e si stabiliscono nuovi inediti accessi alla vita pubblica (il flusso di informazioni determina modificazioni importanti nel processo di elaborazione delle decisioni) (Cristante 2004).

Altre volte può accadere invece che nella relazione di cura il paziente metta in atto meccanismi inibitori nella relazione comunicativa, attivando una sorta di "strategia del silenzio o della reticenza" (Landuzzi Olivieri Soldani 2011). Questo può accadere ad esempio nel caso di pazienti che, per appartenenza culturale e religiosa, percepiscano la loro malattia come connessa ad un sentimento di vergogna sociale (come nel caso di malattie da contatto sessuale o dovute a dipendenze da alcol o droga, ecc,...) o legata a prescrizioni religiose forti, come succede oggi in alcune comunità di immigrati.

Un altro elemento che rappresenta una sfida per la relazione tra medico e paziente ed un ostacolo verso la comprensione della relazione di cura come spazio comunicativo bidirezionale, è rappresentato dalle restrizioni di tempo da dedicare alla comunicazione, dovute alle aumentate richieste di produttività professionale (Sander et al 2009). In linea con queste richieste molti professionisti hanno la convinzione o il timore che destinare tempo per creare una relazione e comunicare con l'altro, che sia il pa-

ziente, qualcuno della sua famiglia o anche un collega, sia "tempo sprecato" (Ministero 2015 p. 6). In realtà, dedicare più tempo all'ascolto del paziente riduce in esso i livelli di ansia e paura migliorando la compliance (Cipolla e Remuzzi 2008).

È invece importante ricordare come i malati considerino un bene prezioso la possibilità di comunicare con il proprio medico con serenità e fiducia ritenendo che ciò sia importante almeno quanto la somministrazione di cure adeguate (Iannelli 2003) come sottolinea lo studio di Piredda (Piredda et al 2008) che presenta dati che segnalano come fonti informative preferite dai pazienti sia appunto la conversazione orale (99,1%) partendo dal presupposto che una comunicazione efficace (Doss et al 2011) porti all'esternazione di sentimenti da parte dell'utente con sollievo emotivo e miglioramento degli esiti di cura (Tay et al 2011).

A fronte di ciò occorre però ricordare che esistono regole che favoriscono la qualità della trasmissione del messaggio verbale e non verbale, permettendo di diventare eccellenti emittenti (Quagliano Casagrande Castellano 1992) e quindi promuovere un contesto di cura che favorisca il reciproco riconoscimento degli attori: la qualità dell'interazione con i pazienti è positivamente correlata alla comunicazione, alla fiducia e alla soddisfazione del paziente (Chandra et al 2018; Mckinstry et al 2006).

Galimberti, (2006) definisce la fiducia come uno stato "rassicurante che deriva dalla persuasione dell'affidabilità del mondo circostante percepito come ben disposto verso il soggetto. Questa condizione influisce positivamente sul comportamento eliminando inquietudini e malessere che conducono ad atteggiamenti di chiusura, rifiuto e scetticismo."

La fiducia è un processo dinamico, che dipende dal tipo di relazione e si modella a seconda del livello di interazione sociale e del contesto (Farnese, Barberi, 2010).

Seppure ne esistano diversi tipi (Farnese, Barberi, 2010), qualsiasi rapporto di fiducia presuppone conoscenza,

è favorita dalla comunicazione e ha bisogno di tempo, tempo in cui “*gli attori imparano a interagire e a conoscersi in un susseguirsi di rituali, contesti e regole*”. (Giani 2010).

Comunicazione aperta e ascolto portano a un incremento della fiducia che nei contesti di cura, risulta direttamente correlata a significativi esiti sul benessere lavorativo, sull'organizzazione e sulla qualità delle performance verso i pazienti (McCabe e Sambrook 2013; Mullarkey et al 2011; Okello e Gilson 2015; Chen et al 2015).

Le abilità di ascolto, confronto, empatia del medico rappresentano quindi non solo elementi comunicativi fondativi per una buona relazione di cura (AAP 2003), ma aumentano l'efficacia della cura medesima come insiste il neuro-scienziato torinese Benedetti (2012).

Occorre infine considerare che, come già suggeriva il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 1998 (www.governo.it/bioetica/pareri), è necessario essere consapevoli che attualmente il contesto di cura rappresenta uno spazio comunicativo nel quale il rapporto tra medico e paziente non può più essere vissuto in una prospettiva unidimensionale ma necessariamente partecipativa che tenga conto dei problemi del singolo, di quelli della sua famiglia e della sua comunità di appartenenza.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV, (2016) *Medici a Verona 2: Indagine sui fattori di benessere/malessere dei professionisti veronesi*, Verona Medica, 2:17-19
- Agarwal AK, Murinson BB (2012) *New dimensions in patient-physician interaction: Values, autonomy, and medical information in the patient-centered clinical encounter*. Rambam Maimonides Med J 3: e0017
- American Academy of Pediatrics – AAP (2003), *Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician's role*. Pediatrics, 112(3 Pt 1):691-7
- Bauman Z. (2002), *Modernità liquida*, Laterza Roma Bari
- Benedetti F., *The patient's brain, the neuroscience behind the doctor-patient relationship*, (2011), trad. it. di A. Pollo, *Il cervello del paziente, le neuroscienze nella relazione medico-paziente*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2012
- Castellano S. (2019), *Epistemologia della pratica quotidiana*, in Brescia Medica, 385: 26-31
- Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P (2018) *Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review*. J Health Commun Vol.3 No.3:36
- Chen, S.-Y., Wen-Chuan Wu, Ching-Sheng Chang, Chia-Tzu Lin, Jung-Yuan Kung, Hui-Ching Weng, Yu-Tz Lin and Shu-I Lee (2015). *Organizational justice, trust, and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff*. Health Services Research
- Cipolla C, Remuzzi G (a cura di) (2008), *Dire, fare, curare. Parole tra medici e malati*, Francoangeli, Milano
- Comitato Nazionale Per La Bioetica, *Problemi bioetici in una società multietnica*, 16 gennaio 1998 (www.governo.it/bioetica/pareri)
- Cristante S. (2004), *Potere e comunicazione. Sociologie dell'opinione pubblica*, Liguori, Napoli
- Doss S, De Pascal P, Hadley K (2011) *Patient-nurse collaborations*. Nephrol Nurs J, 38(2), 115-124.)
- Farnese, M.L., Barberi, C. (2010). *Costruire fiducia nelle organizzazioni. Una risorsa che genera valore*. FrancoAngeli, Milano
- Fisher S., Todd A., eds., (1993), *The social organization of Doctor-Patient Communication*, Ablex Publishing, Norwood
- Galimberti U. (2006), *Dizionario di psicologia*, Utet, Torino
- Gerber BS, Eiser AR (2001) *The patient-physician relationship in the internet age: Future prospects and the research agenda*. J Med Internet Res 3: e15
- Giani A. (2010), *Quale fiducia? Riflessioni di un costruito complesso*, Armando Ed., Roma
- Hughes B., Fitzpatrick J J, (2010), *Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital*, Journal Of Interprofessional Care, 24(6), 625-632
- Iannelli E. (2003), *Qualità della vita del paziente oncologico: rapporto medico-paziente ed equipe multidisciplinare*, (www.aimac.it)
- Khon LL, Corrigan JJ, Donaldson M M (2000), *To Err Is Human: Building A Safer Health System*. (Institute of medicine). National Academy press, 21, 453-454
- Lalli P. (2001), *Le sfide della comunicazione per la salute*, in Ingrosso M. (a cura di), *Comunicare la salute*, FrancoAngeli Milano - 41-58
- Landuzzi M. G., Olivieri V., Soldani A. (2011), *La mediazione del linguaggio nell'organizzazione sanitaria*, Ed. Universitarie Cortina, Verona
- Landuzzi M. G. (2016), *La socializzazione primaria e le sue caratteristiche*, Ed. Universitarie Cortina, Verona
- Levy S (2017) *How has the physician-patient relationship changed?* Medscape-Nov 08
- Liberati E G, Moja L (2014), *L'ospedale centrato sul paziente è ancora lontano*, R&P 30: 4-11
- Lovato S., Cunico L (2015). *È la cosa giusta da fare? Il distress morale nella pratica infermieristica. Revisione della letteratura*, Scenario, 32 (4), 5-16
- Manghi S. (2003), in *Immagini dell'interazione comunicativa nelle pratiche mediche: un'indagine pilota presso l'Ospedale di Parma*, resoconto dei primi risultati della ricerca diretta dal Prof. Manghi sulla comunicazione medico - paziente (Aprile 2003, Parma)
- Marková I., Power K. (1992) “Audience Response to Health Message about Aids”, in T. Edgar, M.A. Fitzpatrick and V. Freimuth (eds), *Aids. A Communication Perspective*, Hove and London, Lawrence Erlbaum Associated, pp. 91-110
- Markova T, Broome B (2007) *Effective communication and delivery of culturally competent health care*. Urol Nurs, 27(3), 239-242
- McCabe, T.J., Sambrook, S. (2013). *The antecedents, attributes and consequences of trust among nurses and nurse managers: A concept analysis*. International Journal of Nursing Studies, 51 815-827
- Mckinstry B, Ashcroft R, Car J, Freeman G, Sheikh A (2006) *Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors*. Cochrane Database Syst Rev 3: CD004134
- Ministero della salute (2015), *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*. 1° modulo, Elementi teorici della comunicazione
- Morin E.(2001), *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina, Milano
- Motta P C (2002), *Autonomia professionale e lavoro di equipe*. Nursing oggi, 4: 5-6
- Mullarkey, M., Duffy, A., Timmins, F. (2011). *Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review*. Nursing in critical care. Vol 16(2). British Association of critical care Nursing. 85-91

36. Okello, DRO, Gilson, L. (2015). *Exploring the influence of trust relationship on motivation in the health sector: a systematic review*. Human Resources for Health 13:16
37. OMS (2004), *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale* (ed. italiana)
38. Piredda M, Rocci L, Gualandi R, Petitti T, Vincenzi B, De Marinis M G (2008), *Survey on learning needs and preferred sources of information to meet these needs in Italian oncology patients receiving chemotherapy*, European journal of oncology nursing, 12 (2), 120-6
39. Quagliano G P, Casagrande S, Castellano A (1992), *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. Un modello di lettura della dinamica di gruppo. Una proposta di intervento nelle organizzazioni*, Raffaello Cortina ed., Milano
40. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI.(2007), Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity. J Gen Intern Med 22 Suppl 3:382—90
41. Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B et al. (2007) *Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective*. J Clin Nurs, 16(4), 630- 637
42. Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B et al. (2008) *An analysis of the concept of patient participation*. Nurs Forum, 43(1), 2-11
43. Sander A M, Raymer A, Wertheimer J, Paul D, (2009), *Perceived roles and collaboration between neuropsychologists and speech-language pathologists in rehabilitation*. Clinical neuropsychologist, 23(7), 1196-1212
44. Serianni L (2005), *Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*, Garzanti, Milano
45. Sollami A, Caricati L, Sarli L (2015) *Nurse- physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores*. Journal of Interprofessional Care, 29 (3), 223-229
46. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. (2000), *The impact of patient-centered care on outcomes*. J Fam Pract 49: 796-804
47. Strauss A.(1992), *L'Hôpital et son ordre négocié*, in Bazsanger, éd., *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris
48. Tay LH, Hegney D, Ang E (2011) *Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review*. Int J Evid Based Health care, 9(2), 151-164
49. Upshur RE, Tracy S.(2008), *Chronicity and complexity: is what's good for the diseases always good for the patients?* Can Fam Physician 54(12):1655-8
50. Watzlavick P et al (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio Roma
51. Winkin, Y. (1996) *Anthropologie de la communication*, Paris-Bruxelles, DeBoeck.

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.

Epidemiologia del Dolore

Dott. Roberto Dall'Ara

Responsabile Terapia Antalgica
Ospedale "Mater Salutis"
Legnago (Verona)

L'epidemiologia è la disciplina che studia la distribuzione e la frequenza delle malattie ed altri eventi di rilevanza sanitaria nella popolazione, comprese le condizioni che favoriscono od ostacolano lo sviluppo delle malattie stesse.

I dati in nostro possesso, per quanto riguarda il dolore cronico o persistente, si riferiscono per lo più alla maggior indagine mai effettuata in Europa da Breivik et al nel 2006: *Pain in Europe*, in cui sono state valutate quasi 50.000 persone di 15 Paesi europei, più Israele.

Dal *Survey Pain in Europe* emerge che il dolore cronico è un problema diffuso: il 19% (circa 1/5 degli adulti, pari a 75 milioni di persone) della popolazione europea ne è colpita con una percentuale più elevata (circa il 25% = 1 persona su 4) in Norvegia, Italia e Polonia. La percentuale più bassa è in Spagna ma sempre maggiore di uno su dieci (11%)³⁸.

Negli U.S.A. i dati sono leggermente peggiori rispetto all'Europa in quanto il 55.7% (126.1 milioni di soggetti adulti) ha avuto qualche tipo di dolore negli ultimi 3 mesi ed il 17.6% di adulti che riferiscono un dolore severo ogni giorno⁷⁹.

Per quanto riguarda l'Italia, dati ISTAT del 2012 appaiono lievemente diversi da *Pain in Europe*: la popolazione italiana presenterebbe una prevalenza di dolore cronico del 21.7%, che corrisponde a circa 13 milioni (12.686.335) di abitanti, ma i criteri di raccolta dati non sono quelli dell'epidemiologia medica.

Il dolore cronico è una condizione comune che colpisce tra il 25% e il 35%³⁸, ma arriva fino al 45% della popolazione generale⁶³ ed è uno dei motivi più comuni per le consultazioni

mediche nelle cure primarie⁷⁴. Secondo alcuni studi, anche se non recentissimi, in circa il 40-47% delle consultazioni in primary care il dolore cronico rimane il motivo della visita^{74,78}.

Un terzo delle famiglie europee presenta almeno un componente che soffre di dolore cronico³⁸.

Una precedente, ma importante, revisione sistematica aveva concluso che la prevalenza del dolore cronico, come definito dallo IASP (cioè il dolore senza apparente valore biologico che è persistito oltre il normale tempo di guarigione dei tessuti, di solito preso in 3 mesi) varia da 11,5 da% a 55.2%, con una media del 35.5% quando l'intensità del dolore non è specificata. Tuttavia, era stimato che la prevalenza del dolore cronico grave nella popolazione generale fosse dell'11% tra gli adulti¹³.

Abbiamo visto che in Italia soffre di dolore cronico 1 paziente su 4 (circa **15 milioni di persone**): questo significa che la metà delle famiglie italiane ha almeno un componente affetto da dolore cronico. Un altro dato a nostro sfavore rivela che **1/3 di tutte le donne di casa europee** presenta dolore cronico mentre in Italia sono ben la metà (49%) delle **donne di casa** italiane che hanno dolore cronico³⁸.

Per quanto riguarda la prevalenza regionale in Italia, i dati che riguardano il nostro territorio sono i meno sfavorevoli³⁸:

• Nord Ovest	27.7%
• Nord Est	20.9%
• Centro/Nord	32.2%
• Centro/Sud	24.1%
• Sud	21.7%.

In media, i sofferenti sono vissuti con il dolore cronico per 7.7 anni ed 1/3 di loro ne soffre continuamente per l'intera giornata. Il tempo medio necessario per raggiungere un adeguato controllo del dolore, in oltre la metà dei pazienti, è superiore ai 2 anni. Più di 1/5 (21%) è vissuto con il dolore per oltre 20 anni ed il 60% dei pazienti

ha vissuto con dolore più di 15 anni, mentre in Italia il 46% convive con dolore cronico da più di 10 anni. Altri autori riferiscono che il dolore cronico è presente da più di un anno nel 68.8% dei pazienti²⁶. Questo dolore nella media europea si presenta moderato nel 13% dei casi e severo nel 6%, di contro i dati italiani mostrano una perfetta eguaglianza tra dolore moderato e severo (entrambi 13%)³⁸.

Quando il dolore è severo è quasi sempre in gioco una componente di dolore di tipo neuropatico. Il **dolore neuropatico** è una sindrome dolorosa comune che colpisce fino al 25% delle persone con dolore cronico. Abbiamo studi riguardanti la Germania nei quali il dolore nocicettivo (non neuropatico) colpisce il 18.4% della popolazione ed il neuropatico 6.5%⁶⁴.

Una maggiore probabilità che i partecipanti abbiano caratteristiche di dolore neuropatico sono state trovate in diverse categorie di malattie organiche:

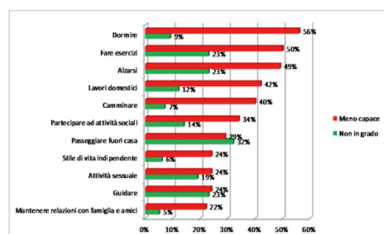
- diabete,
- ipertensione,
- malattie cerebrovascolari,
- malattia del sistema nervoso,
- malattie del sangue e degli organi emopoietici.

Sovrappeso o **obesità** erano anche significativamente associati con dolore neuropatico⁶⁴. D'altra parte, è stata osservata una maggiore probabilità di dolore somatico (dolore non neuropatico) solo in quattro gruppi di malattia: ipercolesterolemia, malattie cardiache, malattie dell'apparato digerente e malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo⁶⁴.

Per quanto riguarda la Qualità di Vita (QoL) circa il 40% dei malati riferisce qualche limitazione nello svolgere le comuni attività quotidiane (alzare pesi, svolgere esercizio fisico, dormire/riposare la notte). Quasi 1/6 dei pazienti riferisce di provare un dolore così forte da desiderare di morire; circa il 30% pazienti non riesce a ricordare come ci si sente senza avere

dolore; mentre oltre il 30% si sente molto più vecchio di quello che effettivamente è³⁸.

Cosa vuol dire che il dolore incide sulla QoL?



Da Breivik H et al. 2006.

Secondo i dati raccolti in Italia dalla campagna HUB2HUB promossa da *Vivere Senza Dolore Onlus* nel 2012 solo 11.2% dei pazienti con dolore cronico ritengono che la qualità di vita sia accettabile²⁶ ed i pazienti riferiscono le seguenti difficoltà:

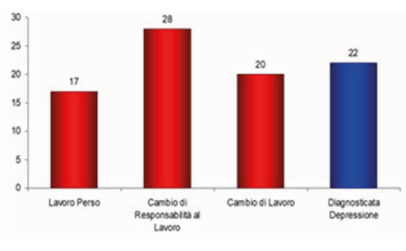
- nel camminare, 64%;
- nel lavarsi e nel vestirsi, 30%;
- nel dormire, 60%;
- nel compiere lavori di casa ed adempiere ai doveri famigliari, 73%;
- nel prendersi cura dei figli, 53%²⁶.

Le sindromi dolorose più frequenti sono: lombalgie 47.8%, mal di testa 45.2%, dolori articolari 41.7% e via via altre patologie come artrite reumatoide ed emicrania. Il 68% dei pazienti riportano dolore in più siti⁷⁰.

Le sedi corporee più comunemente riportate di dolore cronico in generale: lombari (48%), articolazioni del ginocchio (38%), collo (28%), articolazione della spalla (27%), gambe o piedi diversi dal dolore articolare (27%) e articolazioni dell'anca e dei piedi (25% ciascuno). Tre pazienti su quattro riferiscono due o più siti dolorosi¹⁷.

Il dolore cronico può devastare la vita. I pazienti con dolore persistente o cronico mostrano disturbi psicologici 4 volte di più rispetto ai pazienti senza dolore⁷⁰. L'associazione tra dolore cronico e **depressione** è stata ampiamente documentata. Ben il 60% di individui depressi provano dolore cronico⁶³.

Il 20% dei pazienti con dolore cronico è affetto da **depressione conclamata**, con punte in Spagna (28%) e Norvegia (29%), mentre quasi la metà dei pazienti è preda di sfiducia e sensazione di non benessere.



Sia il dolore nocicettivo che neuropatico sono associati a disturbi depressivi: il 32.7% con dolore somatico ed un ulteriore 20.2% con segni di dolore neuropatico. Il rischio di avere un dolore di tipo somatico è 3.2 volte maggiore e di avere dolore neuropatico è 5.8 più alto negli individui depressi rispetto alla popolazione non depressa⁶⁴.

Anche le **sindromi ansiose** pare siano correlate ad un maggior rischio di sviluppare sindromi dolorose: il 26.8% un dolore somatico mentre un ulteriore 11.7% un dolore di tipo neuropatico⁶⁴.

Anche se molti pazienti si dichiarano soddisfatti delle cure offerte dai medici di famiglia (70%) dai quali sono assistiti per una media di 4.5 anni, in realtà solo il 23% viene visitato da uno specialista del dolore e solo il 10% è stato valutato in modo appropriato³⁸. Modernamente il dolore è diventato una patologia che colpisce milioni di persone, ma viene affrontato dai sistemi sanitari ancora con un approccio caratterizzato dalla casualità. Si riporta infatti che il 41% dei pazienti con dolore cronico dichiara di non aver ricevuto un adeguato controllo del dolore; ciò determina una grande inefficacia ed inapproprietezza dei processi di cura, con un conseguente peggioramento della Salute Pubblica e incremento della spesa sanitaria corrente³⁸.

Circa 1/3 dei pazienti ritiene che il proprio medico non sia in grado di controllare il sintomo dolore ed il 25% ritiene il medico raramente in grado di

valutare il dolore in maniera opportuna. Un quinto delle persone ha ritenuto che il proprio medico non vedesse il proprio dolore come un problema; approssimativamente la stessa proporzione disse che il loro dottore non aveva mai chiesto loro del loro dolore e oltre il 40% disse che il loro medico preferirebbe trattare la loro malattia piuttosto che il loro dolore³⁸; mentre è chiaramente importante per trattare la condizione di base del paziente, trattare efficacemente il dolore cronico che ne deriva.

Circa i 2/3 dei pazienti riferisce un dolore non sempre controllato. La maggioranza dei pazienti assume autonomamente FANS (55%), Paracetamolo (43%) e oppiacei deboli (13%). Gli oppiacei forti sono raramente adoperati, specialmente in Italia e Spagna³⁸.

A livello europeo il 40% dei pazienti con dolore cronico dichiara che il loro dolore non è stato gestito bene con differenze tra i vari Paesi: dal 27% al 29% in Finlandia e Regno Unito, Irlanda e Germania, al 40 – 45% in Israele, Italia, Norvegia, Svezia fino al 54-61% in Svizzera, Paesi Bassi, Belgio e Danimarca³⁸. Va sottolineato che il 28% degli intervistati con dolore ha creduto che il proprio medico non sapesse come controllare il proprio dolore.

Sebbene il 23% fosse stato una volta da uno **specialista del dolore**, solo il 2% era stato gestito da uno specialista del dolore³⁸ e con il resto dei pazienti gestiti dalla assistenza primaria⁷. Ciò suggerisce che i pochi Servizi di dolore specialistico siano anche sotto utilizzati; in accordo coi dati raccolti durante un precedente report tra medici generici in Gran Bretagna in cui gli stessi medici hanno riferito che solo il 14% dei loro pazienti con dolore cronico sono stati indirizzati all'ospedale per qualsiasi trattamento specialistico¹⁶.

In Italia i pazienti seguiti da un Centro specialistico di Terapia Antalgica o, meglio, di Medicina del Dolore sono solo il 31% del totale dei pazienti con dolore cronico o persistente²⁶. Nonostante i progressi nel trattamento del dolore la gestione di questi pazienti rimane insoddisfacente in quanto i 2/3 dei malati denunciano trattamenti per lo più inefficaci⁵.

I pazienti con dolore cronico o persistente ricorrono a visite mediche ed ai servizi sanitari in media il 25% in più rispetto alla popolazione in generale con una insoddisfazione del 33% per le indagini effettuate e del 40% per il trattamento offerto⁴². In Italia la **risposta assistenziale** alla persona con dolore è ancora scarsa e lacunosa³². In base allo studio Macondo eseguito nella regione Emilia Romagna nel 2009, si è riscontrato che il 49% dei malati assistiti a domicilio e il 31% di quelli assistiti in Day Hospital hanno provato dolore. La prevalenza di dolore severo sull'intero campione è stata pari al 25,1%, risultando maggiore nei pazienti assistiti a domicilio³².

Altri dati riguardanti l'Italia ci provengono da **Vivere Senza Dolore Onlus**²⁶:

- il 28% dei malati riporta di non ritenere che il proprio medico sappia come controllare il loro dolore;
- Il 43% dei pazienti ritiene che il proprio medico sia più concentrato sulla malattia che sul dolore;
- 2/3 dei pazienti ritiene inadeguata la terapia per il dolore in atto;
- il 40% non ha mai raggiunto un controllo adeguato del dolore;
- il 22% sostiene che il medico non abbia mai chiesto in merito al dolore;
- il 21% ha avuto una diagnosi di depressione dovuta al dolore;
- il 19% dei malati ha perso il proprio lavoro a causa del dolore.

Inoltre il 17,7% dei pazienti con dolore più severo si sono rivolti al medico 2 o più volte nelle ultime due settimane contro il 2,7% dei pazienti senza dolore. Infine il 10,1% di quei pazienti con dolore severo si sono rivolti ad un Pronto Soccorso 4 o più volte nell'ultimo anno ed ha ricevuto assistenza medica più di 10 volte, nell'ultimo anno, il 38,5% di questi pazienti⁷⁹.

Un altro autore ci riferisce che 40 milioni di americani (il 17,6% degli adulti) rientrano nel gruppo dolore medio e severo con probabilità di peggioramento; per cui il dolore cronico è ormai riconosciuto come una malattia a sé stante³⁹.

L'impatto del dolore sull'utilizzo delle risorse sanitarie in termini di visite ai medici è evidente anche nei nostri dati. Il 60% delle persone ha visitato il proprio medico per il loro dolore da

due a nove volte negli ultimi sei mesi e l'11% ha visitato almeno 10 volte³⁸. Di primaria importanza nell'epidemiologia del dolore sono i fattori sociodemografici associati: genere femminile, età avanzata, basso stato socioeconomico, ambiente geografico e culturale, lavoro e fattori occupazionali, storia di violenze o di abusi⁷¹.

Il dolore cronico appare prevalente nel sesso femminile in quanto il 42,5% dei pazienti con dolore cronico sono maschi mentre il 57,5% sono femmine; l'età più colpita in entrambi i generi è 63,2 +/- 13,8%. Mentre la fascia di età più colpita sembra essere 41-60³⁸. Sebbene il dolore cronico non abbia una chiara relazione con l'età vi è generalmente una maggiore prevalenza di dolore cronico con l'avanzare dell'età^{10,28} con tendenza a diventare invalidante⁴.

C'è un crescente corpo di letteratura basata su indagini su larga scala in cui il dolore cronico o persistente appare più comune tra le persone che riportano storie di abusi e violenze, subite in qualsiasi età^{57,67}.

Questo effetto sembra essere aggiuntivo alle conseguenze causate dalle lesioni fisiche, e mette in evidenza la necessità di prendere in considerazione le storie di violenza domestica, sessuale o fisica, nel valutare la propensione al dolore cronico e nella gestione del suo impatto. Questo effetto, quindi, sembra addizionale alla violenza in sé stessa in coloro che hanno subito violenze fisiche o sessuali⁷¹.

Inoltre vale la pena di segnalare il rapporto tra dolore cronico, clima ed esposizione al sole⁸³ con un potenziale ruolo benefico sul dolore (ma non su tutti) esercitato dalla somministrazione di **vitamina D**.

L'accumulo di eventi di vita stressanti o di comorbidità fisica e/o mentale pare essere associato in modo indipendente al dolore cronico¹¹.

Il dolore cronico è più comune tra quelli con altre malattie croniche rispetto a quelli senza; questa comorbidità è associata a una salute autovalutata significativamente più bassa, ad uno stato funzionale inferiore e a valutazioni inferiori della qualità complessiva dell'assistenza².

Appare anche associato che i pazienti con dolore cronico severo sono portatori di un aumentato rischio di mortalità per altre cause, indipendenti dai fattori socio-demografici⁶⁸; in particolare, quei pazienti che segnalano dolore severo presentano più del doppio delle probabilità di morire, dopo 10 anni per cardiopatia ischemica o malattia respiratoria rispetto a quelli che riferiscono dolore cronico lieve o moderato^{68,37}.

Pertanto, il dolore cronico è una condizione grave e può essere considerato un marker di rischio mortale per la Salute Pubblica e ne richiede una gestione intensiva, efficace e razionale per minimizzarne l'impatto negativo sulla popolazione. Clinicamente, l'imPLICAZIONE è che abbiamo bisogno di affrontare il dolore cronico come un importante componente a multi-morbilità della Salute Pubblica, fonte di stress cronico, e così facendo si potrebbe migliorare in maniera evidente la salute generale.

Un certo numero di autori ha identificato una relazione tra i modi in cui si risponde ai pazienti con dolore in corso e i loro esiti di disabilità (esempio Cohen et al, 2000; Loeser, 1996). Questi risultati dovrebbero indirizzare verso una revisione più ampia dell'interazione tra il sistema sanitario ed i pazienti stessi in preda a dolore persistente o cronico.

Sebbene molti di questi fattori di rischio non siano modificabili e non suscettibili di intervento medico, è importante riconoscerli, poiché orientano verso un approccio mirato nonché completo alla valutazione del dolore cronico.

Un altro interessante aspetto è la relazione tra dolore cronico e frequenza di litigiosità sul luogo di lavoro che appare nettamente superiore al normale, con una prevalenza del 8,7%³¹ di rivendicazioni legali. È possibile che la stima della prevalenza del '18,7% per le rivendicazioni legali relative a problemi di dolore sia sottostimata per la riluttanza dei partecipanti all'indagine a rivelare notizie sul contenzioso.

La litigiosità risulta associata in maniera altamente significativa alle condizioni di maggiore disabilità dovuta al

dolore cronico. Nei soggetti litigiosi si è notato una maggior disabilità legata al dolore, un maggior uso di farmaci ed un maggior ricorso ai Servizi Sanitari nei tre mesi successivi³¹. Interessante appare anche il rapporto significativo tra dolore cronico divorzio e separazione legale e anche bassa scolarità (meno di 10 anni di studio). In questi soggetti vi è una perdita di giornate lavorative che è il doppio rispetto ai controlli sani e con probabilità di sospensione dal lavoro che è 7 volte maggiore degli altri soggetti con dolore cronico⁴².

Tra le variabili epidemiologiche più valutate per correlare dolore cronico e qualità di vita è senza dubbio l'attività lavorativa. Il dolore cronico o persistente ha un forte impatto sulla qualità di vita: il 20% di questi pazienti ha perso il lavoro. In Europa, di media, i soggetti con dolore perdono 15 giorni lavorativi per anno³⁸. Considerando insieme la somma dei giorni lavorativi persi e dei giorni con efficacia lavorativa ridotta o bassa produttività a causa del dolore si ottiene una media di 16,4 giorni lavorativi perduti ogni 6 mesi, un numero tre volte superiore a quello dei controlli³¹. Questi risultati sono coerenti con altri studi^{41,70,89,4} e dimostrano quanto il dolore sia una grave minaccia alla capacità lavorativa. Da quanto sopra emerge come il dolore cronico abbia un largo impatto sulla performance lavorativa della popolazione affetta, la quale continua la propria attività peraltro inevitabilmente compromessa nella sua qualità ed efficacia produttiva.

Le ricadute del dolore cronico sull'economia reale appaiono enormi con una spesa di 200 miliardi di euro l'anno in Europa (150 miliardi di dollari negli U.S.A.)³⁸.

I costi in termini di giornate lavorative perse ammonta a circa 500 milioni di euro in Europa con una ricaduta globale sull'economia di circa 34 miliardi di Euro³⁸.

Altri dati epidemiologici ci dicono che i figli con genitori affetti da dolore cronico hanno essi stessi più probabilità di sviluppare sindromi di dolore cronico rispetto ai controlli^{48, 33}.

La sensibilità agli stimoli dolorosi e la tollerabilità al dolore sono, in modo

significativo determinata dai nostri geni^{87, 15}. Sono stati esaminati diversi aspetti della sensibilità al dolore e praticamente tutti dimostrano una componente genetica statisticamente significativa, con un ambiente condiviso (come le influenze familiari) che contribuisce poco. Sono stati osservati anche diversi livelli di ereditabilità per diversi fenotipi di dolore⁸⁷. Si è dimostrato che gli effetti genetici nel dolore cronico sono altrettanto importanti quanto i fattori ambientali nello sviluppo e nella gravità del dolore cronico⁵⁴ in quanto la sensibilità agli stimoli dolorosi e la tollerabilità al dolore sono, in modo significativo determinato dai nostri geni^{87,9}.

È improbabile che esista un unico gene che sovraintende ai processi del dolore, piuttosto probabile invece che più geni siano associati allo sviluppo, all'elaborazione ed alla percezione del dolore cronico.

Il gene più studiato in relazione al dolore è la *catecol-O-metiltransferasi (COMT)*, un enzima che degrada i neurotrasmettitori compresa la dopamina. Sebbene la lista dei geni proposti associato al dolore cronico è in continua espansione⁵², risultati coerenti sono stati osservati in studi di associazione genetica⁴⁵; ciò riflette in parte il fatto che i geni candidati sono stati generalmente studiati in campioni animali o piccoli campioni umani. Quegli studi che sono stati condotti sulla popolazione umana^{59,53} hanno trovato associazioni tra il recettore adrenergico β -2 (un obiettivo di epinefrina nel percorso di segnalazione neuroendocrino) e un singolo polimorfismo nucleotidico sul cromosoma 5 con dolore cronico diffuso, ma non il gene COMT e il dolore⁵⁹. I geni possono presumibilmente agire su diversi livelli per influenzare la loro espressione, per esempio sul comportamento e sulle risposte emotive. Vi sono anche alcuni tratti clinici legati al dolore che sono particolarmente ereditabili (ad esempio il dolore da pressione freddo, soglia di dolore termico e di puntura di spillo ed iperalgesia)^{87, 15}.

Tuttavia, l'ereditabilità è solo un parametro relativo alla variazione genetica. Nel potenziale degli studi genetici non è da sottovalutare il contributo

dell'ambiente condiviso ed il significato che ha sul dolore. Un'indicazione della raffinata e discreta azione genica è evidenziato nei recenti studi sugli animali, i quali hanno dimostrato che la plasticità neurale è determinata da interazione epigenetica (modificazione del DNA) per stimoli ambientali¹⁴.

Recenti scoperte indicano che gli anziani con dolore cronico e stress elevato possiedono un cromosoma significativamente più corto nella lunghezza dei telomeri rispetto alle persone che non hanno riportato dolore cronico e basso stress⁴⁹. Ulteriori ricerche sono necessarie sull'associazione tra lunghezza dei telomeri, esordio del dolore cronico e sue conseguenze sulla persistenza del dolore.

Pochi studi hanno esaminato l'influenza di fattori etno-culturali sulla risposta al dolore. Ci sono prove che cultura e razza interagiscano con il sezzo nell'esperienza dolore tanto che femmine non caucasiche hanno più alti rischi di severità del dolore e all'interferenza del dolore nelle attività quotidiane^{18,77, 92,75,55}.

Vi sono **differenze etniche** nella gravità del dolore cronico, nella disabilità collegata al dolore, e nella tolleranza per un stimolo nocivo riscontrando una maggiore sensibilità al dolore negli **afro-americani** rispetto a quelli di razza caucasica, sia naturalmente che in condizioni sperimentali.

Prove considerevoli stanno dimostrando che l'esperienza dolore differisce tra i gruppi etnici^{80,12}. Per esempio, gli afroamericani riportano livelli più elevati di dolore in condizioni come il glaucoma⁶⁰, AIDS⁹³, emicrania e mal di testa⁹⁴, dolore mandibolare⁸⁴, dolore postoperatorio²⁹, dolore miofasciale³⁵, angina pectoris²², dolori articolari⁸⁸, dolore giornaliero non specifico⁸² e l'artrosi^{27,73}, rispetto ai bianchi.

Di contrasto, altri non hanno riportato nessuna significativa differenza etnica nella gravità del dolore clinico^{46,51} ed altri Autori negano l'esistenza di differenze etnoculturali nella percezione del dolore, ma pochi per la verità^{81,65}. Diversi ricercatori hanno notato differenze etniche nei sintomi correlati al dolore tra i pazienti con dolore croni-

co non oncologico. Edwards et al⁸⁰ ha riscontrato livelli più elevati di dolore e disabilità tra gli afroamericani rispetto ai pazienti bianchi visti in un centro di dolore multidisciplinare.

Altri ricercatori riportano più alti livelli di dolore negli afro-americani, con maggiore risposta emotiva ed aumento dei comportamenti relazionabili al dolore rispetto ai controlli di etnia bianca^{12,1}.

L'istruzione è stata significativamente correlata al dolore, indicando che **alti livelli di istruzione sono stati associati a meno dolore e disabilità**^{3,12,80,30}.

In aggiunta gli afro-americani hanno alti livelli di depressione, ansietà, frustrazione, rabbia e paura collegati al dolore. I risultati mostrano un legame lineare più forte tra le emozioni ed il comportamento indotto dal dolore rispetto ai bianchi.

Poiché le differenze etniche nella risposta al dolore clinico possono essere influenzate da fattori come la gravità della malattia e le disparità nel trattamento del dolore, è importante esaminare le differenze etniche nella percezione del dolore tra individui sani^{21,56,94,50}; per cui i primi studi di laboratorio hanno suggerito un aumentata sensibilità al dolore sperimentale tra gli afro-americani rispetto ai bianchi²⁵.

Altri due studi hanno dimostrato una maggiore sensibilità non solo al dolore da calore sperimentale tra gli afro-americani rispetto ai bianchi^{82,23}, ma anche al dolore ischemico sperimentale al braccio⁹⁰.

Altri studi hanno dimostrato che in Nepal e in India la popolazione presenta tolleranza al dolore superiore agli occidentali^{12,1}.

Gli afro-americani riportano maggior dolore:

- Dolore postoperatorio⁸⁵;
- Lombalgia acuta⁹¹;
- Dolore da angina da sforzo²²;
- Dolore da cancro⁷⁶;
- Dolore da lesione spinale⁶;
- Vulvodinia⁸;
- Emicrania⁷²;
- Artrosi^{40,47};
- Dolore cronico in generale⁸⁰.

È stato teorizzato che le differenze etniche nelle risposte al dolore possono

apparire più evidenti per la dimensione affettiva-motivazionale del dolore^{82,1,23} oppure sono spesso attribuite a "fattori psicologici" come ansia, depressione ed ipervigilanza^{82,80,12,65,25}.

Esiste un'affascinante associazione tra il dolore diffuso e la successiva morte per cancro a medio e lungo termine: le persone che riferiscono dolore diffuso hanno un aumentato rischio di morte, principalmente da cancro, negli otto anni successivi^{36,44}. Ciò potrebbe avere implicazioni per il follow-up a lungo termine dei pazienti con sintomi di dolore diffuso "inspiegabili", come quelli con fibromialgia.

Non solo il dolore cronico è associato ad un sostanziale incremento nell'incidenza di cancro ma anche produce una riduzione nella sopravvivenza al cancro⁴³.

La **epidemiologia del dolore cronico da cancro** è piuttosto complessa e soggetta a multiple variabili basti qui sapere che il 70% dei pazienti accusa dolore cronico e nonostante la disponibilità di trattamenti efficaci, il dolore correlato al cancro può essere inadeguatamente controllato fino al 50% dei pazienti^{69,20,19}.

Negli Stati Uniti, Weingart⁸⁶ ha esaminato la qualità della cura del dolore oncologico ed ha riferito che tra i pazienti con cancro avanzato con dolore severo, il 34% dei pazienti ha continuato a segnalare dolore intenso un mese dopo la visita.

In Italia, il 40,3% dei malati di cancro con dolore presenta dolore episodico intenso, ma la maggior parte di loro non viene curata⁶⁶.

In una revisione sistematica di 52 studi, la prevalenza del dolore correlato al cancro variava dal 33% nei sopravvissuti al cancro che avevano ricevuto un trattamento curativo al 64% nei pazienti con malattia avanzata, metastatica o terminale⁶¹.

Circa il 20% del dolore nei pazienti con cancro è neuropatico, ma se si considerano anche i pazienti che manifestano dolore misto con una componente neuropatica, la percentuale di pazienti affetti da dolore neuropatico aumenta a circa il 40%⁶². La prevalenza complessiva era > 50%, con la più alta prevalenza, il 70%, nei pazienti con carcinoma della testa e

del collo⁶¹. Sappiamo inoltre che alcuni tumori (ad es. Polmone, prostata o seno) sono associati ad una maggiore prevalenza di dolore²⁴.

Infine, vi è una scarsa **informazione sul dolore cronico** a tutti i livelli: 1/3 dei malati riferisce di non avere adeguati aggiornamenti riguardo i progressi nella gestione e nel trattamento del dolore. Tale constatazione può avere due spiegazioni: la maggior parte dei pazienti (65%) consulta il medico di famiglia che per il 70% sono medici senza specializzazioni in Terapia del Dolore. Interessante osservare che il 70% dei pazienti viene informato sui progressi terapeutici dai media (televisione, radio, giornali, riviste) mentre solo il 5% effettua qualche ricerca medica su Internet³⁸.

Numerose ricerche nord americane hanno riportato la sconcertante mancanza di management del dolore cronico disabilitante a partire dalla diagnosi per arrivare alle possibili terapie da proporre ai pazienti. È un fenomeno ampiamente diffuso anche in Unione Europea, documentato nel 2013 attraverso una valutazione a questionario sottoposta a 1309 medici di medicina primaria per rappresentare il problema e lavorare a possibili valide soluzioni⁵⁸.

Nei paesi dell'Unione il ruolo del medico di medicina primaria non prevede una formazione sistematica e competenze specifiche per affrontare la complessità clinica della dimensione dolore. Il 20% della popolazione anziana con limitazioni funzionali, residente in Europa, riceve cure a lungo termine in un Istituto. Nello studio SHELTER pubblicato nel 2012, è stata studiata una coorte di 4156 pazienti anziani ricoverati in Istituti per cure a lungo termine. Hanno preso parte allo studio 7 nazioni della Comunità Europea ed 1 nazione non UE (Israele). I pazienti arruolati sono stati classificati nel 73% dei casi ad elevata complessità clinica e con una prevalenza di dolore cronico del 36%. Questi dati su pazienti ricoverati in Istituto non rappresentano fedelmente l'andamento clinico del dolore cronico, né registrano con precisione l'intensità e la frequenza del dolore nell'arco del ricovero per cui probabilmente il fenomeno è sottostimato³⁴.

Il dolore cronico purtroppo rimane ancora oggi un problema insoluto e, come i dati epidemiologici ci hanno dimostrato, imprime un impatto fortemente negativo e devastante sulla qualità di vita di milioni di persone affette. Contemporaneamente gli elevatissimi costi economici e sociali impongono ai responsabili politici della Salute Pubblica, ed a tutti noi che operiamo nel campo sanitario, di riconoscere come diritto fondamentale di chi soffre nel dolore di essere aiutato ad avere una qualità di vita accettabile e che la soluzione del problema dolore persistente o cronico venga affrontato in maniera più profonda ed adeguata pianificando interventi sanitari mirati ed efficaci.

Obiettivi di politica sanitaria che finalmente offrano alla popolazione sofferente un percorso adeguato, razionale e scientifico, nonché un accesso semplice e tempestivo alle cure ed ai trattamenti sanitari specifici ed efficaci per ogni singola patologia dolorosa. Infine credo che sia fortemente auspicabile la nascita di una cultura medica che dia alla Medicina del dolore l'importanza di una Specializzazione Clinica affinché non si debbano più udire le parole che, il mai compianto abbastanza, Prof. David Niv soleva ripetere: "Ho visto poche persone morire per il dolore... Molte persone sono morte nel dolore... Tantissime persone sono vissute nel dolore..."

BIBLIOGRAFIA

1. Riley JL 3rd, Wade JB, Myers CD, Sheffield D, Papas RK, and Price DD, 'Racial/Ethnic Differences in the Experience of Chronic Pain', *Pain*, 100 (2002 Dec), 291-8.
2. Butchart A, Kerr E, Heisler M, Piette J, and Krein S, 'Experience and Management of Chronic Pain among Patients with Other Complex Chronic Conditions.', *Clin J Pain*, 25 (2009), 293-8.
3. Cano A, Mayo A, and Ventimiglia M, 'Coping, Pain Severity, Interference, and Disability: The Potential Mediating and Moderating Roles of Race and Education', *J Pain*, 7 (2006 Jul), 459-68.
4. Elliott A, Smith B, Penny K, SmithW, and ChambersW, 'The Epidemiology of Chronic Pain in the Community', *Lancet*, 354 (1999), 1248-52.
5. Elliott A, Smith B, Hannaford P, Smith W, and Chambers W, 'The Course of Chronic Pain in the Community: Results of a 4-Year Follow-up Study.', *Pain*, 99 (2002), 299-307.
6. Selim AJ, Fincke G, Ren XS, and et al, 'Racial Differences in the Use of Lumbar Spine Radiographs: Results from the Veterans Health Study', *Spine*, 26 (2001), 1364-9.
7. Smith B, and Torrance N, 'Management of Chronic Pain in Primary Care', *Curr Opin Support Palliat Care* 5(2011), 137-42.
8. Harlow BL, and Stewart EG, 'A Population-Based Assessment of Chronic Unexplained Vulvar Pain: Have We Underestimated the Prevalence of Vulvodynia?', *J Am Med Womens Assoc* 58 (2003), 82-8.
9. Nielsen C, Stubhaug A, Price D, Vassend O, Czajkowski N, and Harris J, 'Individual Differences in Pain Sensitivity: Genetic and Environmental Contributions', *Pain*, 136 (2008), 21-9.
10. Dionne C, Dunn K, and Croft P, 'Does Back Pain Prevalence Really Decrease with Increasing Age? A Systematic Review', *Age Ageing*, 35 (2007), 229-34.
11. Dominick C, Blyth F, and Nicholas M, 'Unpacking the Burden: Understanding the Relationships between Chronic Pain and Co-Morbidity in the General Population', *Pain*, 153 (2012), 292-304.
12. Green C, Anderson K, Baker T, Campbell L, Decker S, Fillingim R, Kalauokalani D, Lasch K, Myers C, Tait R, Todd K, and Vallerand A, 'The Unequal Burden of Pain: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Pain', *Pain Medicine*, 4 (2003), 277-94.
13. Harstall C, and Ospina M, *How Prevalent Is Chronic Pain?*. Vol. 11:#2 *Pain: Clinical Updates*. (IASP-Press, 2003).
14. Hwang C, Song K, Kim C, and et al, 'Epigenetic Programming of Mu-Opioid Receptor Gene in Mouse Brain Is Regulated by Mecp2 and Brg1 Chromatin Remodelling Factor', *J Cell Mol Med*, 13 (2009), 3591-615.
15. Nielsen C, Stubhaug A, Price D, Vassend O, Czajkowski N, and Harris J, 'Individual Differences in Pain Sensitivity: Genetic and Environmental Contributions', *Pain* 136 (2008), 21-9.
16. Stannard C, and Johnson M, 'Chronic Pain Management - Can We Do Better? An Interview-Based Survey in Primary Care', *Curr Med Res Opin*, 19 (2003), 703-6.
17. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, and Dworkin RH, 'The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet- Based Survey', *J Pain*, Nov (2010), 1230-9.
18. Myers CD, Riley JL, and Robinson ME, '2003', *Clin J Pain*, 19 (Psychosocial contributions to sex correlated differences in pain), 225-32.
19. Wang CH, and Lee SY, 'Undertreatment of Cancer Pain.', *Acta Anaesthesiol Taiwan.*, 53 (2015 Jun), 58-61.
20. and Education; Institute of Medicine Committee on Advancing Pain Research C, 'Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research.', *The National Academies Press* (2011).
21. Cleeland CS, Gonin R, Baez L, Loehrer P, and Pandya KJ, 'Pain and Treatment of Pain in Minority Patients with Cancer. The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study', *Ann Intern Med*, 127 (1997 Nov 1), 813-6.
22. Sheffield D, Kirby DS, Biles PL, and Sheps DS, 'Comparison of Perception of Angina Pectoris During Exercise Testing in African-Americans Versus Caucasians', *Am J Cardiol*, 83 (1999 Jan 1), 106-08.
23. Sheffield D, Biles PL, Orom H, Maixner W, and Sheps DS, 'Race and Sex Differences in Cutaneous Pain Perception', *Psychosom Med*, 62 (2000 Jul-Aug), 517-23.
24. McGuire DB, 'Occurrence of Cancer Pain', *J Natl Cancer Inst. Monogr*, 32 (2004), 51-56.
25. Zatzick DF, and Dimsdale JE, 'Cultural Variations in Response to Painful Stimuli', *Psychosom Med*, 52 (1990 Sep-Oct), 544-47.
26. Vivere Senza Dolore, 'Campagna Hub2hub', (2012).
27. Felson DT, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, and Meenan RF, 'The Prevalence of Knee Osteoarthritis in the Elderly. The Framingham Osteoarthritis Study', *Arthritis Rheum*, 30 (1987 Aug), 914-8.
28. Thomas E, Mottram S, Peat G, Wilkie R, and Croft P, 'The Effect of Age on the Onset of Pain Interference in a General Population of Older Adults: Prospective Findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (Norstop)', *Pain*, 129 (2007), 21-7.
29. Faucett J, Gordon N, and Levine J., 'Differences in Postoperative Pain Severity among Four Ethnic Groups', *J Pain Symptom Manage*, 9 (1994 Aug), 383-89.
30. Rahim-Williams FB, Riley JL 3rd, Herrera D, Campbell CM, Hastie BA, and Fillingim RB, 'Ethnic Identity Predicts Experimental Pain Sensitivity in African Americans and Hispanics', *Pain*, 129+ (2007 May), 177-84.
31. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, and Cousins MJ, 'Chronic Pain, Work

- Performance and Litigation', *Pain*, May 103 (2003), 41-7.
32. Fanelli G, Gensini G, Canonico PL, Delle Fave G, Lora Aprile P, Mandelli A, and Nicolosi G, 'Dolore in Italia. Analisi Della Situazione. Proposte Operative', *Recenti Prog Med*, 103 (2012), 133-43.
33. Jones G, Silman A, Power C, and Macfarlane G, 'Do Common Symptoms in Childhood Increase the Risk of Chronic Widespread Pain in Adults? Data from the 1958 British Birth Cohort Study', *Am J Epidemiol* 163 (2006).
34. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, and et al, 'Assessment of Nursing Home Residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long Term Care (Shelter) Study', *BMC Health Serv Res* (2012), 12-15.
35. Lawlis GF, Achterberg J, Kenner L, and Kopetz K, 'Ethnic and Sex Differences in Response to Clinical and Induced Pain in Chronic Spinal Pain Patients', *Spine (Phila Pa 1976)*, 9 (1984 Oct), 751-4.
36. Macfarlane GJ, and et al, 'Widespread Body Pain and Mortality: Prospective Population Based Study', *BMJ*, 323 (2001), 662-5.
37. Andersson H, 'The Course of Non-Malignant Chronic Pain: A 12-Year Follow-up of a Cohort from the General Population.', *Eur J Pain*, 8 (2004), 47-53.
38. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, and Gallacher D, 'Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment', *Eur J Pain*, 10 (2006), 287-333.
39. Tracey I, and Bushnell M, 'How Neuroimaging Studies Have Challenged Us to Rethink: Is Chronic Pain a Disease?', *J Pain*, 10 (2009), 1113- 20.
40. Bolen J, Schieb L, Hootman JM, and et al, 'Differences in the Prevalence and Severity of Arthritis among Racial/Ethnic Groups in the United States, National Health Interview Survey, 2002, 2003, and 2006', *Prev Chronic Dis*, 7 (2010), A64.
41. Crook J, Rideout E, and Browne G, 'The Prevalence of Pain Complaints in a General Population', *Pain*, Mar;18 (1984), 299-314.
42. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, and Rasmussen NK, 'Epidemiology of Chronic Non-Malignant Pain in Denmark', *Pain*, Dec;106 (2003), 221-8.
43. McBeth J, Silman AJ, and Macfarlane GJ, 'Association of Widespread Body Pain with an Increased Risk of Cancer and Reduced Cancer Survival: A Prospective, Population-Based Study', *Arthritis Rheum*, 48 (2003 Jun), 1686-92.
44. McBeth J, Symmons DP, Silman AJ, Allison T, Webb R, Brammah T, and Macfarlane GJ, 'Musculoskeletal Pain Is Associated with a Long- Term Increased Risk of Cancer and Cardiovascular-Related Mortality', *Rheumatology (Oxford)*, 48 (2009 Jan), 74-7.
45. Mogil J, 'Pain Genetics: Past, Present and Future.', *Trends Genet* 28 (2012), 258-66.
46. Jordan JM, 'Effect of Race and Ethnicity on Outcomes in Arthritis and Rheumatic Conditions', *Curr Opin Rheumatol*, 11 (1999 Mar), 98- 103.
47. Jordan JM, Helmick CG, Renner JB, and et al, 'Prevalence of Knee Symptoms and Radiographic and Symptomatic Knee Osteoarthritis in African Americans and Caucasians: The Johnston County Osteoarthritis Project', *J Rheumatol*, 34 (2007), 172-80.
48. Grøholt K, Stigum H, Nordhagen R, and Köhler L, 'Recurrent Pain in Children, Socio-Economic Factors and Accumulation in Families', *Eur J Epidemiol* 18 (2003), 965-75.
49. Sibille K, Witek-Janusek L, Mathews H, and Fillingim R, 'Telomeres and Epigenetics: Potential Relevance to Chronic Pain.', *Pain*, 153 (2012), 1789-93.
50. Todd KH, 'Pain Assessment and Ethnicity', *Ann Emerg Med*, 27 (1996 Apr), 421-3.
51. Todd KH, Lee T, and Hoffman JR, 'The Effect of Ethnicity on Physician Estimates of Pain Severity in Patients with Isolated Extremity Trauma', *JAMA*, 271 (1994 Mar 23-30), 925-8.
52. Diatchenko L, Nackley A, Tchivileva I, Shabalina S, and Maixner W, 'Genetic Architecture of Human Pain Perception', *Trends Genet* 23 (2006), 605.13.
53. Hocking L, Smith B, Jones G, Reid D, Strachan D, and Macfarlane G, 'Genetic Variation in the Beta2-Adrenergic Receptor but Not Catecholamine-O-Methyltransferase Predisposes to Chronic Pain: Results from the 1958 British Birth Cohort Study.', *Pain*, 149 (2010), 143-51.
54. Hocking L, Generation Scotland, Morris A, Dominiczak A, Porteous D, and Smith B, 'Heritability of Chronic Pain in 2195 Extended Families', *Eur J Pain*, 16 (2012), 1053-63.
55. Castel LD, and et al, 'Racial Differences in Pain During 1 Year among Women with Metastatic Breast Cancer', *Cancer*, 112 (2008 Jan 1), 162-70.
56. McCracken LM, Matthews AK, Tang TS, and Cuba SL, 'A Comparison of Blacks and Whites Seeking Treatment for Chronic Pain', *Clin J Pain*, 17 (2001 Sep), 249-55.
57. Ellsberg M, Jansen H, Heise L, and et al, 'Intimate Partner Violence and Women's Physical and Mental Health in the Who Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence: An Observational Study', *Lancet*, 371 (2008), 1165-72.
58. Johnson M, Collett B, and Castro-Lopes JM, 'The Challenges of Pain Management in Primary Care: A Pan-European Survey', *J Pain Res*, 6 (2013), 393-401.
59. Peters M, Broer L, Willemsen H, and et al, 'Genome-Wide Association Study Meta-Analysis of Chronic Widespread Pain: Evidence for Involvement of the 5p15.2 Region', *Ann Rheum Dis*, 72 (2013), 427-36.
60. Sherwood MB, Garcia-Siekavizza A, Meltzer MI, Hebert A, Burns AF, and McGorray S, 'Glaucoma's Impact on Quality of Life and Its Relation to Clinical Indicators. A Pilot Study', *Ophthalmology*, 105 (1998 Mar), 561-6.
61. Van Den Beuken-Van Everdingen MH, De Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van KM, and Patijn J, 'Prevalence of Pain in Patients with Cancer: A Systematic Review of the Past 40 Years', *Ann. Oncol*, 18 (2007), 1437-49.
62. Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, Aass N, Caraceni A, and Kaasa S, 'Prevalence and Aetiology of Neuropathic Pain in Cancer Patients: A Systematic Review', *Pain*, 153 (2012), 359-65.
63. Ohayon MM, and Schatzberg AF, 'Chronic Pain and Major Depressive Disorder in the General Population', *Journal of Psychiatric Research*, 44 (2010), 454-61.
64. Ohayon MM, and Stingl JC, 'Prevalence and Comorbidity of Chronic Pain in the German General Population', *J Psychiatr Res*, Apr;46 (2012), 444-50.
65. Jordan MS, Lumley MA, and Leisen JCC, 'The Relationships of Cognitive Coping and Pain Control Beliefs to Pain and Adjustment among African-American and Caucasian Women with Rheumatoid Arthritis', *Arthritis Care & Research* 11 (1998), 80-88.
66. Greco MT, Corli O, Montanari M, Deandrea S, Zagonel V, and Apolone G, 'Epidemiology and Pattern of Care of Breakthrough Cancer Pain in a Longitudinal Sample of Cancer Patients: Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group', *Clin J Pain* 27 (2011), 9-18.
67. Sachs-Ericsson N, Kendall-Tackett K, and Hernandez A, 'Childhood Abuse, Chronic Pain, and Depression in the National Comorbidity Survey', *Child Abuse Negl*, 31 (2007), 531-47.
68. Torrance N, Elliott A, Lee A, and Smith B, 'Severe Chronic Pain Is Associated with Increased 10 Year Mortality.

- A Cohort Record Linkage Study', *Eur J Pain*, 14 (2010), 380-6.
69. Neufeld NJ, Elnahal SM, and Alvarez RH, 'Cancer Pain: A Review of Epidemiology, Clinical Quality and Value Impact', *Future Oncol*, 13 (2017 Apr), 833-41.
 70. Gureje O, Von Korf M, Simon GE, and Gater R, 'Persistent Pain and Well-Being: A World Health Organization Study in Primary Care', *JAMA*, Jul 8 (1998), 147-51.
 71. van Hecke O, Torrance N, and Smith BH, 'Chronic Pain Epidemiology and Its Clinical Relevance', *Br J Anaesth*, Jul; 111 (2013), 13-8.
 72. Burke-Ramirez P, Asgharnejad M, Webster C, Davis R, and Laurenza A, 'Efficacy and Tolerability of Subcutaneous Sumatriptan for Acute Migraine: A Comparison between Ethnic Groups', *Headache* 41 (2001), 873-82.
 73. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, and Hochberg MC, 'Determinants of Pain Severity in Knee Osteoarthritis: Effect of Demographic and Psychosocial Variables Using 3 Pain Measures', *J Rheumatol*, 26 (1999 Aug), 1785-92.
 74. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, and et al, 'Pain as a Reason to Visit the Doctor: A Study in Finnish Primary Health Care', *Pain*, 89 (2001), 175-80.
 75. Centers for Disease Control and Prevention, 'Prevalence and Impact of Arthritis by Race and Ethnicity - United States, 1989-1991', *Morbidity and Mortality Weekly Report* 45 (1996), 373-78.
 76. Payne R, Medina E, and Hampton JW, 'Quality of Life Concerns in Patients with Breast Cancer: Evidence for Disparity of Outcomes and Experiences in Pain Management and Palliative Care among African- American Women', *Cancer*, 97 (2003), 311-17.
 77. Fillingim RB, 'Individual Differences in Pain Responses', *Curr Rheumatol Rep*, 7 (2005), 342-7.
 78. Potter RG, 'The Frequency of Presentation of Pain. An Analysis of 1000 Consecutive Consultations', *Pain Soc*, 8 (1990), 11-14.
 79. Nahin RL, 'Estimates of Pain Prevalence and Severity in Adults: United States, 2012.', *J Pain*, Aug;16 (2015), 769-80.
 80. Edwards RR, Doleys DM, Fillingim RB, and Lowery D, 'Ethnic Differences in Pain Tolerance: Clinical Implications in a Chronic Pain Population', *Psychosom Med*, 63 (2001), 316-23.
 81. Edwards RR, Moric M, Husfeldt B, Buvaendran A, and Ivankovich O, 'Ethnic Similarities and Differences in the Chronic Pain Experience: A Comparison of African American, Hispanic, and White Patients', *Pain Medicine* 6(2005), 88-98.
 82. Edwards RR, and Fillingim RB, 'Ethnic Differences in Thermal Pain Responses', *Psychosom Med*, 6 (1999 May-Jun), 346-54.
 83. Straube S, Andrew Moore R, Derry S, and McQuay HJ, 'Vitamin D and Chronic Pain', *Pain*, 141 (2009), 10-3.
 84. Widmalm SE, Christiansen RL, Gunn SM, and Hawley LM, 'Prevalence of Signs and Symptoms of Craniomandibular Disorders and Orofacial Parafunction in 4-6-Year-Old African-American and Caucasian Children', *J Oral Rehabil*, 22 (1995 Feb), 87-93.
 85. White SF, Asher MA, Lai SM, and Burton DC, 'Patients' Perceptions of Overall Function, Pain, and Appearance after Primary Posterior Instrumentation and Fusion for Idiopathic Scoliosis', *Spine* 24 (1999), 1693-9.
 86. Weingart SN, Cleary A, Stuver SO, and et al, 'Assessing the Quality of Pain Care in Ambulatory Patients with Advanced Stage Cancer', *J Pain Symptom Manage* 43 (2012), 1072-81.
 87. Norbury T, MacGregor A, Urwin J, Spector T, and McMahon S, 'Heritability of Responses to Painful Stimuli in Women: A Classical Twin Study', *Brain*, 130 (2007), 3041-9.
 88. Rantanen T, Guralnik JM, Leveille S, Izmirlian G, Hirsch R, Simonsick E, Ling S, and Fried LP, 'Racial Differences in Muscle Strength in Disabled Older Women', *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 53 (1998 Sep), B 355-61.
 89. Birse TM, and Lander J, 'Prevalence of Chronic Pain.', *Can J Public Health*, Mar-Apr;89 (1998), 129-31.
 90. Campbell TS, Hughes JW, Girdler SS, Maixner W, and Sherwood A, 'Relationship of Ethnicity, Gender, and Ambulatory Blood Pressure to Pain Sensitivity: Effects of Individualized Pain Rating Scales', *J Pain*, 5 (2004 Apr), 183-9.
 91. Carey TS, and Garrett JM, 'The Relation of Race to Outcomes and the Use of Health Care Services for Acute Low Back Pain', *Spine*, 28 (2003), 390-4.
 92. Shih VC, Song J, Chang RW, and Dunlop DD, 'Racial Differences in Activities of Daily Living Limitation Onset in Older Adults with Arthritis: A National Cohort Study', *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86 (2005).
 93. Breitbart W, McDonald MV, Rosenfeld B, Passik SD, Hewitt D, Thaler H, and Portenoy RK, 'Pain in Ambulatory Aids Patients. I: Pain Characteristics and Medical Correlates', *Pain*, 68 (1996 Dec), 315-21.
 94. Stewart WF, Lipton RB, and Liberman J, 'Variation in Migraine Prevalence by Race', *Neurology*, 47 (1996 Jul), 52-9.

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)

I disturbi del neurosviluppo: un approccio di sistema.

Michele Gangemi

PEDIATRA VERONA.
DIRETTORE QUADERNI ACP.
PER CORRISPONDENZA:
MIGANGEM52@GMAIL.COM

IL CONTESTO

Nel 2018 è stato presentato il Nurturing Care Framework for early child development (NCF) (1)

Il documento fornisce indirizzi su come investire nelle prime epoche della vita dalla gravidanza al terzo anno. L' NCF nasce dalla collaborazione tra Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Banca mondiale e Partnership per la salute materno infantile (coalizione che comprende enti di ricerca, fondazioni, ONG e società professionali). Il focus è centrato sullo sviluppo precoce del bambino e sui possibili rischi e danni causati dalla mancanza di opportunità di sviluppo cognitivo e socio relazionale nei primi anni di vita. Ne consegue la necessità di investire in salute, nutrizione, educazione precoce, supporto alla genitorialità responsiva e protezione sociale in questa fascia di età. In Italia esistono programmi di promozione dello sviluppo e di supporto alla genitorialità come per esempio Nati per leggere e Nati per la musica. Il concetto di " nutrire la mente" sta alla base di questi due programmi che mettono al centro la famiglia.

Nati per leggere compie nel 2019 20 anni e si è diffuso su tutto il territorio nazionale (2). A Verona si è diffuso grazie al coinvolgimento del dott. Alberto Rause, direttore della biblioteca civica, della rete dei volontari e dei pediatri. A tutti i nati nella provincia di Verona viene consegnato al momento della dimissione una copia di Genitori Lettori accompagnata da un depliant

sull'importanza della lettura precoce. Il pediatra di libera scelta rinforza poi il messaggio durante i bilanci di salute. L' Associazione culturale pediatri è partner e ha posto la salute mentale dell'infanzia e il sostegno alla genitorialità come priorità di programma per prima nel mondo pediatrico.

VERA O FALSA EPIDEMIA?

I dati epidemiologici, per quanto non omogenei e non sempre facilmente rilevabili, evidenziano un netto aumento dei disturbi del neurosviluppo in genere con particolare attenzione ai disturbi dello spettro autistico. È possibile che il DSM V abbia determinato il rischio di false epidemie avendo rivisto i criteri diagnostici con l'ampliamento del confine tra normale e patologico. È comunque assodato che i disturbi del neurosviluppo nel loro complesso rappresentano la sfida per il pediatra del futuro. Inoltre è concreta la possibilità di modificare le traiettorie di questi bambini e delle loro famiglie con un sospetto diagnostico precoce e con un corretto invio ai servizi di neuropsichiatria infantile e la conseguente presa in carico con riabilitazione adeguata e sostegno della famiglia. In Italia abbiamo un sistema sanitario a carattere universalistico che permette l'accesso diretto al pediatra di libera scelta che può giocare un ruolo fondamentale in questo percorso.

La possibilità di seguire bambino e famiglia nel tempo consente un approccio longitudinale che permette di cogliere precocemente eventuali segnali di sviluppo atipico e di attivare i genitori fornendo loro il supporto necessario. I bilanci di salute, visite filtro a età prestabilita in assenza di malattia, rappresentano le tappe ideali per una valutazione del neurosviluppo e una condivisione con la famiglia. È in-

dispensabile che il pediatra sia formato ad abilità comunicative relazionali per far emergere dal colloquio con i genitori delle informazioni utili su cui orientare la sua osservazione diretta. L'utilizzo della domanda aperta e un atteggiamento curioso permettono di abilitare il genitore all'osservazione del proprio bambino nel suo contesto familiare.

IL GMCD COME POSSIBILE STRUMENTO

La guida internazionale per il monitoraggio dello sviluppo del bambino (GMCD) rende possibile :

- la condivisione di informazioni sul bambino tra genitori e operatori.
- un passaggio senza soluzione di continuità dal monitoraggio al supporto allo sviluppo e agli interventi specialistici se necessari (3).

Tale strumento implica una formazione specifica dell'operatore che lo può utilizzare nei bilanci di salute. Il GMCD propone una valutazione dello sviluppo basata su sette dimensioni: linguaggio espressivo e recettivo, motricità fine e grossolana, relazione, gioco, autonomia. La valutazione viene eseguita in un dialogo con i genitori tramite 10 domande aperte.

È inoltre stato validato in quattro paesi e vanta una ricca bibliografia internazionale. Dopo la formazione dei formatori a cura del Centro per la salute del bambino di Trieste, si è tenuto a Verona nel giugno 2019 il primo workshop che ha permesso di abilitare i primi formatori italiani, sotto l'attenta supervisione di formatori internazionali, e di formare 26 operatori (in gran parte pediatri) provenienti da tutta Italia. Un doveroso ringraziamento va all' Azienda Ospedaliera Integrata di Verona e al Centro per la maternità Il Melograno per la fattiva collabora-

zione. Questo strumento, accompagnato dalla necessaria formazione, può fornire un cambio di paradigma nell'approccio a questi problemi e il suo utilizzo risulta compatibile con l'esecuzione nei bilanci di salute da parte dei pediatri. Sarebbe importante per il futuro che venisse inserito nella scuola di specialità di pediatria vista anche la validazione internazionale.

Questo approccio necessita, però, di tempi lunghi per il suo impiego su tutto il territorio nazionale e viene al momento riservato ad un gruppo ristretto di pediatri che ne stanno verificando l'applicabilità nel nostro contesto.

L'APPROCCIO DI SISTEMA

Per realizzare un approccio di sistema ai disturbi del neurosviluppo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha promosso un gruppo di lavoro con i rappresentanti della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (SINPIA), l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), la Società Italiana di Pediatria (SIP), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e il Sindacato Medici Pediatri di Famiglia (SIMPEF). Questo gruppo di lavoro ha l'obiettivo di inserire in tutti i bilanci di salute 0-3 anni la valutazione strutturata del neurosviluppo e di finalizzare un accordo tra le sigle coinvol-

te permettendo di rendere omogeneo su tutto il territorio gli standard per il riconoscimento di questi disturbi anche attraverso un lavoro di formazione degli specialisti coinvolti.

Questo approccio ha l'obiettivo di facilitare il raccordo tra pediatria di libera scelta e neuropsichiatria infantile in modo da ottimizzare l'individuazione precoce di questi disturbi e garantirne la diagnosi tempestiva.

La letteratura evidenzia come l'intervento precoce sia in grado di modificare in senso positivo la traiettoria dello sviluppo. Infatti, in età precoce, la plasticità cerebrale, il processo fisiologico di modellamento dei circuiti neuronali, risulta particolarmente sensibile alle diverse influenze ambientali (4). Il gruppo sta definendo, dopo attenta valutazione e la necessaria condivisione, gli items da inserire nei bilanci di salute delle varie età e il coordinamento dell'ISS è garanzia della realizzazione del progetto.

Questa metodologia rappresenta anche un esempio di come vada affrontato un problema di sanità pubblica che deve trovare risposta nel coinvolgimento di tutti gli attori reali. Una conclusione un po' amara è che a fronte della sofferenza delle famiglie e dell'impegno di tutti gli operatori si

sta assistendo ad una riduzione degli organici delle neuropsichiatrie infantili territoriali e ad una mancata programmazione per il ricambio dei pediatri di libera scelta. Nonostante queste criticità è comunque nostro dovere evitare inutili sofferenze ai bambini e alle loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1 World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing Care for Early Childhood Development: a Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential*. World Health Organization, 2018 (disponibile in versione italiana su www.csbonlus.org).
- 2 Manetti S. *Venti anni di Nati per Leggere*. Quaderni acp 2019;26:148.
- 3 Tamburlini G, Ertem I. *Guide for monitoring child development*. *Medico e Bambino* 2019;38:91-6.
- 4 Scattoni ML. *Bilanci di Salute e costituzione della rete pediatria-neuropsichiatria infantile per la diagnosi precoce dei disturbi del neurosviluppo*. Quaderni acp 2018; 25:2

NUOVO CORSO FAD SU "LA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI"

Dal 15 ottobre 2018 fino al 14 ottobre 2019 è attivo sulla piattaforma FadinMed (www.fadinmed.it) il nuovo corso FAD della FNOMCeO "La violenza sugli operatori sanitari" (ID 241327), gratuito per medici e odontoiatri, che eroga 8 crediti ECM.

Il corso è un ulteriore elemento, tra tutti gli interventi già messi in atto dalla FNOMCeO, per diffondere le conoscenze sul fenomeno della violenza e delle possibili azioni preventive, ma soprattutto per promuovere la cultura della tolleranza zero nei confronti delle sempre più numerose manifestazioni fisiche e verbali contro gli operatori sanitari. Vi ricordo che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha riconosciuto la violenza contro gli operatori sanitari tematica di interesse nazionale (delibera del 15 marzo 2018) perciò gli eventi residenziali concernenti tale questione che intenderete organizzare avranno un numero di crediti incrementato rispetto alla norma (+0,3 crediti/ora).

Linee guida nazionali sul Pronto Soccorso. Misure vecchie e nuove

Tema di scottante attualità, il sovraffollamento e la disorganizzazione del Pronto Soccorso, fino ad arrivare ai tristemente famosi episodi di violenza da parte di utenti, che hanno affollato i titoli di stampa, è stato a lungo il cruccio di amministratori e decisori politici. Le linee guida nazionali recentemente proposte alla Conferenza Stato-Regioni prevedono nuovi codici numerici di priorità, pur mantenendo i codici colore, come richiesto dalle Regioni, alcuni standard per l'Osservazione breve intensiva (OBI), azioni per ridurre il sovraffollamento e favorire l'efficientamento, tra cui il blocco dei ricoveri programmati e l'introduzione del bed management.

Secondo le dichiarazioni di Stefano Bonaccini, Presidente della Conferenza delle Regioni, "cambia l'assetto dei servizi ma soprattutto l'approccio nei Pronto soccorso. Con l'Accordo Stato-Regioni di oggi si realizza un cambiamento importante con tre obiettivi fondamentali: evitare i ricoveri inappropriati, ridurre i tempi di attesa e aumentare la sicurezza delle dimissioni". "Qualcuno ha parlato di 'rivoluzione', ma credo si tratti semplicemente di una evoluzione basata su positive esperienze che si sono concretizzate in alcune Regioni. C'è stato un intenso lavoro Stato-Regioni, che ha portato a questi testi condivisi in cui sono state recepite molte delle indicazioni fornite dai tecnici e dagli esperti delle Regioni".

Gli fa eco Sergio Venturi, Coordinatore vicario della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: "l'Accordo Stato-Regioni è positivo soprattutto perché allinea l'Italia agli standard della maggior parte degli altri Paesi a livello internazionale, perché considera la presa in carico della persona nella sua interezza, partendo proprio dalla

necessità di una maggiore attenzione all'umanizzazione della cura e infine perché pone le basi per ridefinire e valorizzare il ruolo della medicina d'emergenza-urgenza e delle strutture del Pronto Soccorso".

Nel modello proposto dal Ministero si adotta un **sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità**, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità. "Le Regioni **possono associare al codice numerico anche il codice colore**. La nuova codifica consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore. L'implementazione della nuova codifica dovrà avvenire progressivamente, entro 18 mesi dalla pubblicazione del presente documento. Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza, e comunque non superiore alle 8 ore dall'arrivo, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale".

Il triage, che si propone di individuare le priorità di accesso alle cure e indirizzare il paziente all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico, diventa pertanto:

- 1 - Rosso per un'emergenza che necessita di un accesso immediato;
- 2 - Arancione per urgenze che vanno gestite entro 15 minuti;
- 3 - Azzurro per interventi che vanno gestiti entro un'ora;
- 4 - Verde per urgenze minori da gestire entro due ore;
- 5 - Bianco per interventi non urgenti da gestire entro quattro ore (240 minuti).

Il sistema di triage **può prevedere il See and Treat**, un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica, che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici condivisi per il trattamento di problemi clinici preventivamente definiti. Il paziente viene preso in carico da un infermiere, in possesso di formazione specifica, che applica le procedure previste da protocolli condivisi e validati.

"L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Essa procede per osservazione clinica, terapia a breve termine di patologie a complessità moderata, possibilità di approfondimento diagnostico, terapeutico finalizzato al ricovero appropriato o alla dimissione. L'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dalla presa in carico al triage".

Il trattamento in OBI può aver esito a sua volta in:

- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall'ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
- Dimissione, con rientro a domicilio o eventuale affidamento alle strutture intermedie territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso unità ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (follow up).

Il personale dell'OBI opera quindi in maniera integrata e coordinata con il restante personale del Pronto Soccorso e, ove presente, del reparto di Medicina d'Urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.

Vengono quindi definiti anche gli standard strutturali e di dotazione di personale, così che l'OBI sia efficace per ridurre ricoveri inappropriati e per aumentare la sicurezza delle dimissioni dal Pronto soccorso.

Nel documento riveste particolare rilevanza l'implementazione delle funzioni di **Bed Management**, volta all'ottimizzazione delle risorse dei posti letti mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione.

“L'istituzione della funzione del Bed Management rappresenta un elemento di facilitazione nel processo di governo dei flussi del paziente in ospedale e rappresenta una funzione della Direzione Aziendale tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostici terapeutici. Al momento non c'è un unico modello di riferimento per la funzione di Bed Management, in quanto ogni realtà deve rispondere con proprie risorse umane, logistiche e tecniche, tuttavia tale funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere le seguenti caratteristiche: la conoscenza approfondita dell'ospedale e

la conoscenza delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati”.

“Ma la vera scommessa – conclude Venturi – è delineata nel piano per gestire il sovraffollamento fondato su una interazione funzionale fra ospedale e territorio con una definizione dei ruoli e delle reti sia ospedaliere che territoriali. Il modello proposto è quello “hub & spoke”, con la conseguente classificazione delle strutture ospedaliere in funzione della diversa complessità clinico-assistenziale, differenziando i presidi ospedalieri in sedi di Pronto Soccorso, DEA di 1° livello e DEA di 2° livello”, modello che in alcune Regioni è già in effetti esistente.

Dati sanitari in un database aziendale? È lecito?

Si ritiene opportuno trasmettere, per opportuna conoscenza, la risposta della Commissione per gli Interpelli del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali del 31.5.19 ad una istanza di interpello di questa Federazione del 19.1.19, inerente la libertà di inserire dati sensibili dei lavoratori in un database aziendale.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha formulato istanza di interpello per conoscere il parere di questa Commissione in merito ai seguenti quesiti: «è giustificata la richiesta al Medico Competente di inserire dati sanitari in un data base aziendale complesso? Non sarebbe più opportuno limitare l'inserimento al giudizio di idoneità ed alle limitazioni, lasciando ad altri files, nelle uniche disponibilità del Medico, i dati più "persona-

li"? E' lecito che l'Amministrazione di sistema sia lo stesso Datore di lavoro od un lavoratore dipendente dallo stesso individuato?»

Al riguardo premesso che:

- l'articolo 25 del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e successive modificazioni, rubricato "Obblighi del Medico Competente", al comma 1, lettera c), prevede che: *"Il medico competente istituisce, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Tale cartella è conservata con salvaguardia del segreto professionale e, salvo il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria e la trascrizione dei relativi risultati, presso il luogo di custodia*

concordato al momento della nomina del medico competente";

- l'articolo 53 del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e successive modificazioni, rubricato *"Tenuta della documentazione"*, comma 1, stabilisce quanto segue: *"È consentito l'impiego di sistemi di elaborazione automatica dei dati per la memorizzazione di qualunque tipo di documentazione prevista dal presente decreto legislativo";*
- il comma 2 del citato articolo 53 disciplina *"Le modalità di memorizzazione dei dati e di accesso al sistema di gestione della documentazione"*;
- il comma 4 del medesimo articolo 53 dispone: *"La documentazione, sia su supporto cartaceo che informatico, deve essere custodita nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di protezione dei dati personali";*

- il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 è stato modificato dal decreto legislativo del 10 agosto 2018 n. 101 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)".

Sulla base di tali elementi la Commissione ritiene, per quanto attiene alla propria competenza, che dal combinato disposto dei menzionati articoli 25 e 53 del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e successive modificazioni, è consentito l'impiego di sistemi di elaborazione *automatica* dei dati per la memorizzazione di qualunque tipo di documentazione prevista dal medesimo decreto.

Per quanto concerne la custodia dei dati relativi alle *cartelle sanitarie*

e di *rischio* inserite su un *data base* aziendale, sarà necessario adottare soluzioni concordate tra datore di lavoro e medico competente che, nel rispetto del segreto professionale e della tutela della *privacy*, garantiscano l'accessibilità ai suddetti dati soltanto al medico competente e non permettano né al datore di lavoro né all'amministratore di sistema di potervi accedere.

Dott.ssa Maria Teresa Palatucci
IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

Specializzazioni mediche: per il 2018-19 ci sono 2 mila borse in più!

Con i Decreti dello scorso luglio il MIUR ha aumentato del 30% la disponibilità dei contratti di specializzazione per le 50 Scuole di Medicina. Rispetto alle 6.934 borse assegnate lo scorso anno ora sono 8.935, con ben 2.001 in più, pari al +29%. L'incremento è dovuto prevalentemente al maggiore impegno dello Stato con 1.800 posti in più dei 6.200 dello scorso anno con totale di 8.000, pari al +20%. In aumento anche il contributo delle Regioni da 640 a 771 (+20%) e quello degli altri Enti, da 94 a 164 (+74%), inoltre per i Medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con +46 da 194 a 240 (+24%).

Analogamente allo scorso anno l'aumento maggiore riguarda la Specializzazione in Medicina di emergenza e urgenza che sale di +229, da 256 a 483 (+89% rispetto al +41,1% dello scorso anno) per l'aumento delle borse da parte dello Stato, da 162 a 391, e resta stabile quello delle Regioni con 79 posti. In aumento anche Pediatria con +33%, da 488 a 636, Anestesiologia e Rianimazione con

+33%, da 744 a 962. Con valori inferiori l'aumento riguarda anche Medicina Interna, da 353 a 485 (+37%) e Chirurgia generale con +110, da 379 a 489 (+29%). Sotto l'aumento di 100 posti e fino a 2 tutte le altre Specializzazioni.

Fra queste, quella con il maggior aumento percentuale è Chirurgia Pediatrica che raddoppia da 16 a 33. Mentre gli aumenti più bassi in valori percentuali riguardano Cardiocirurgia con +15% da 52 a 60, Radiodiagnostica con +13% da 432 a 490, Medicina nucleare con 13% da 56 a 63 e infine Dermatologia con +9% da 81 a 88. A differenza dello scorso anno in cui per 19 Scuole ci furono riduzioni, ora l'aumento è invece generalizzato.

Come è noto le Borse assegnate ogni anno sono insufficienti perché inferiori a quelle stabilite dagli Accordi Stato-Regioni. Ma quest'anno la situazione si ribalta perché con gli 8.920 assegnati la differenza è di +351 rispetto agli 8.569 dell'Accordo Stato-Regioni, con +4%.

Lo scorso anno furono 6.934, con 1.635 in meno (-24%). Analoga situazione due anni fa con 7.967 chiesti dalle Regioni e 6.676 messi a bando dal MIUR, con 1.291 in meno (-19%). Questo ha di fatto determinato nel corso degli ultimi anni un preoccupante "imbuto formativo"

In conclusione, indubbiamente, ora va riconosciuto che l'attuale Governo ha dato una significativa svolta in positivo per l'aumento dei posti a bando, come ha evidenziato il Presidente della FNOMCEO, **Filippo Anelli**.

Ma c'è un altro dato positivo, annunciato dal Ministro Marco Bussetti, durante il recente Question Time alla Camera dei Deputati: **il raddoppio dei posti per la Specializzazione in Medicina Generale, da 1.018 a 2.093 (+106%)**. E così in totale la disponibilità di posti sarebbe di ben 11 mila, quindi con 2.763 posti in più degli 8.412 dello scorso anno, pari al +33%.

Alla pagina seguente (pag. 44)
TABELLA SPECIALIZZAZIONI

POSTI PER LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONI MEDICHE

Assegnazione negli ultimi 3 anni, dal 2016 al 2018

Elab. A.Mastrillo, su Decreti MIUR	AA 2016-17						AA 2017-18						AA 2018-19						Differenza 2018 vs 2017						
In ordine alfabetico	Stato	Reg.	Altri	Totale	SSN	Milit.	Stato	Reg.	Altri	Totale	SSN	Milit.	Stato	Reg.	Altri	Totale	SSN	Milit.	Stato	Reg.	Altri	Totale	SSN	Mil.	
Allergologia ed immunologia clinica	37	5	1	43			37	2	2	41	1		47	4		51	2		10	2	-2	10	23%	1	-1
Anatomia patologica	71	5		76			71	7	3	81	2		92	6	3	101			21	-1	0	20	26%	-2	-2
Anestesia, rianimazione e t.i. e dolore	630	21	2	653	21	3	650	84	10	744	21	2	855	85	22	962	31	2	205	1	12	218	33%	10	-19
Audiologia e foniatria	12	1		13			12	1		13			17	2		19						6	46%	0	0
Cardiochirurgia	44	8	1	53			44	7	1	52			55	5		60	1		11	-2	-1	8	15%	1	0
Chirurgia generale e app. digerente	363	13		376	11	1	363	15	1	379	8	4	462	17	10	489	6	1	99	2	9	110	29%	-2	-7
Chirurgia maxillo-facciale	31	1		32	1		29	2		31	1	1	39	3		42			10	1	0	11	35%	-1	-1
Chirurgia pediatrica	14	2		16			14	2		16			30	3		33			16	1	0	17	106%	0	0
Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	32	14		46	1		34	12		46	2		46	13	1	60	6		12	1	1	14	30%	4	-2
Chirurgia toracica	33	1		34			33	1		34	3		43	3	1	47	1		10	2	1	13	38%	-2	0
Chirurgia vascolare	59	4		63		1	58	3	1	62			69	2	4	75	4		11	-1	3	13	21%	4	0
Dermatologia	73	12	4	89	3	1	70	9	2	81	3	1	79	8	1	88	4	1	9	-1	-1	7	9%	1	0
Ematologia	84	17	4	105	2		84	13	2	99		1	104	15	2	121	3	1	20	2	0	22	22%	3	0
Endocrinologia e mal. metabolismo	85	15	2	102			88	8	1	97	2		107	11	2	120	3		19	3	1	23	24%	1	0
Farmacologia e Tossicologia	25	1		26			21	3		24			35	2		37			14	-1	0	13	54%	0	0
Genetica medica	28	2		30			29	2		31			41	2		43	2		12	0	0	12	39%	2	0
Geriatria	164	14	1	179	4		169	16		185	2		234	26	6	266	5		65	10	6	81	44%	3	0
Ginecologia e ostetricia	287	6	1	294	14	1	293	20	5	318	11	1	325	45	6	376	7	1	32	25	1	58	18%	-4	0
Igiene e medicina preventiva	180	11		191			177	10	2	189	17		231	12	3	246	11		54	2	1	57	30%	-6	0
Malattie app. cardiovascolare	320	20	6	346	3	2	312	26	2	340	9	3	372	35	9	416	20	3	60	9	7	76	22%	11	0
Malattie app. respiratorio	96	5		101	3	1	96	9		105	3		122	15		137	4		26	6	0	32	30%	1	0
Malattie apparato digerente	87	12	4	103	2		89	16	3	108	2		112	18	2	132		1	23	2	-1	24	22%	-2	1
Malattie infettive e Tropicali	78	11	1	90			79	14		93	3		97	11		108	1		18	-3	0	15	16%	-2	0
Medicina del lavoro	90	4		94	3	2	88	5		93	1	5	110	3		113	3	6	22	-2	0	20	22%	2	1
Medicina dello sport e esercizio fisico	36	4		40	1		34	5	1	40	2		50	3	1	54	2		16	-2	0	14	35%	0	0
Medicina di comunità e cure primarie	2	6		8	3		4	5		9	4		12	5		17	2		8	0	0	8	89%	-2	0
Medicina di emergenza e urgenza	121	56	4	181	21	1	162	79	15	256	26	2	391	79	13	483	26	1	229	0	-2	227	89%	0	-1
Medicina fisica e riabilitativa	135	11	3	149	3		132	11	6	149	4		170	9	6	185	6		38	-2	0	36	24%	2	0
Medicina interna	315	22	6	343	29		325	24	4	353	20	1	437	41	7	485	7		112	17	3	132	37%	-13	-1
Medicina legale	64	12	1	77	5	3	64	10		74	2	4	84	8	11	103	1	2	20	-2	11	29	39%	-1	-2
Medicina nucleare	51	5	1	57	1		49	7		56			59	4		63	1		10	-3	0	7	13%	1	0
Medicina termale	1			1			1			1			3			3			2	0	0	2	200%	0	0
Microbiologia e virologia	20			20	1		16	1		17	1		30		1	31	1		14	-1	1	14	82%	0	0
Nefrologia	119	7		126	1		123	6		129	1		155	6	1	162	1		32	0	1	33	26%	0	0
Neurochirurgia	59	5		64			59	4	2	65			74	3	1	78	1		15	-1	-1	13	20%	1	0
Neurologia	149	12	7	168	4	2	152	16	1	169	2	1	188	22	5	215	3	1	36	6	4	46	27%	1	0
Neuropsichiatria infantile	88	10	1	99	6		88	11		99	1		120	15		135	4		32	4	0	36	36%	3	0
Oftalmologia	121	12	1	134	1		121	7	3	131		1	133	13	6	152	2	1	12	6	3	21	16%	2	0
Oncologia medica	148	18	3	169	4		153	13	4	170	2		200	13	3	216	2		47	0	-1	46	27%	0	0
Ortopedia e traumatologia	246	18	7	271	15		253	14	7	274	11	4	305	42	13	360	6	1	52	28	6	86	31%	-5	-3
Otorinolaringoiatria	110	10		120	1		110	6	1	117	1	2	132	5	1	138	2	1	22	-1	0	21	18%	1	-1
Patologia clinica e Biochimica	75	7		82	5	2	70	5		75	1	1	92	4	1	97	1	1	22	-1	1	22	29%	0	0
Pediatria	396	26	5	427	13		409	70	9	488	8		545	80	11	636	17		136	10	2	148	30%	9	0
Psichiatria	234	15		249	4	1	234	21		255	7	3	280	17	1	298	3	3	46	-4	1	43	17%	-4	0
Radiodiagnostica	408	10	2	420	6	1	417	14	1	432		1	456	29	5	490	22	2	39	15	4	58	13%	22	1
Radioterapia	100	2	1	103	2		100	4	1	105	3	3	128	5	1	134	3		28	1	0	29	28%	0	-3
Reumatologia	46	11	1	58			47	8		55			63	9		72	3		16	1	0	17	31%	3	0
Scienze dell'alimentazione	25	3		28	2		22	3		25	2		28	4		32	3		6	1	0	7	28%	1	0
Statistica sanitaria e Biometria	2			2			2			2			4			4	2		2	0	0	2	100%	2	0
Urologia	111	12	2	125	1		113	9	4	126	5		137	9	4	150	5		24	0	0	24	19%	0	0
TOTALE	6.105	499	72	6.676	197	22	6.200	640	94	6.934	194	41	8.000	771	164	8.935	240	29	1.800	131	70	2.001	29%	46	-12
Accordo Stato-Regioni				7.967						8.569						8.569									
Differenza posti vs				-1.291						-1.635						366									
Stato-Regioni				-19%						-24%						4%									

Veneto : via libera all'assunzione di 500 giovani medici neolaureati

La Regione Veneto, davanti alla carenza di medici specialisti disponibili ad entrare in aree strategiche dell'ospedale e del territorio, ha deciso di emanare due delibere approvate dalla Giunta regionale (su proposta dell'Assessore alla Sanità, Manuela Lanzarin) in cui si dà via libera all'assunzione con contratti autonomi di 500 giovani medici, laureati e abilitati, ma non ancora in possesso della specializzazione.

Questi frequenteranno un corso di formazione pratico e teorico, al termine del quale, con il tutoraggio di colleghi strutturati, 320 verranno introdotti al lavoro nell'area del Pronto Soccorso e 180 in quella della Medicina Internistica (Medicina Generale e Geriatria).

L'operazione avrà un costo annuo di circa 25 milioni, la quasi totalità legati agli stipendi dei nuovi assunti.

Il Governatore Luca Zaia ha dichiarato che «Arrendersi non è nel nostro dna e per questo abbiamo tradotto in azioni concrete quanto già avevamo previsto nel Piano Socio Sanitario 2019-2023. Si tratta di garantire i livelli essenziali di assistenza, che sono un obbligo costituzionale al quale non intendiamo sottrarci.

Lo facciamo a modo nostro, cioè garantendo la qualità dei professionisti e la sicurezza dei pazienti con un percorso formativo sia teorico che pratico, al termine del quale, grazie anche al tutoraggio dei colleghi più esperti, avremo medici sì giovani, ma già ben formati e sicuramente bravi.

Prosegue il Governatore del Veneto: «Stiamo agendo in un quadro di programmazione nazionale sbagliata, che è la causa di questa situazione, con meno borse di specializzazione

rispetto al numero annuo di laureati e con un cammino di studi molto più lungo di quelli negli altri Stati europei. Ci saranno gli immancabili esperti che storceranno il naso e se ci saranno ricorsi resisteremo in ogni sede. Se ci sono alternative concrete a quanto fatto dalla Regione, non le ho ancora viste. E comunque l'unica alternativa che non prenderemo mai in considerazione è di tagliare o chiudere i reparti».

Secondo l'assessore Lanzarin si tratta di «delibere coraggiose che non abbiamo inventato oggi, ma sulle quali abbiamo lavorato mesi, così come coraggioso, **e lungimirante, è stato prevedere queste possibilità all'interno del Piano Socio Sanitario 2019-2023.**

Non dimentichiamo che il Piano è legge e che, a suo tempo, il Governo non la impugnò, dando di conseguenza il suo benestare a tutto quanto indicato all'interno. Sono iniziative che abbiamo inserito anche nel documento che, su iniziativa del Presidente Zaia, il Presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini, porrà all'attenzione della Conferenza dei Presidenti delle Regioni in una seduta monotematica. Lo stesso stiamo facendo nella discussione in atto sul futuro Patto Nazionale per la Salute, dove c'è un capitolo imponente proprio sulla formazione dei medici e sulle modalità di reclutamento».

L'operazione, secondo gli atti assunti, avverrà dopo aver espletato tutti i tentativi di rinforzare gli organici per le vie tradizionali, a cominciare dai numerosissimi concorsi avviati da Azienda Zero che però, in molti casi, vedono un'adesione anche di molto inferiore ai fabbisogni segnalati dai direttori generali delle Ullss; per arri-

vare alla possibilità per le aziende di conferire in via eccezionale a medici incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo a patto che siano accertate l'impossibilità di utilizzare risorse umane interne, l'assenza di graduatorie pubbliche valide a cui attingere, il rifiuto all'assunzione del personale in graduatoria utile.

AREA INTERNISTICA

Per quanto riguarda l'area internistica, una rilevazione effettuata in aprile, ha indicato una carenza di 180 medici, nelle unità operative di medicina e geriatria. Il percorso formativo che precederà la fase dell'inserimento negli ospedali sarà curato dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica e comprenderà 92 ore di formazione d'aula e un'attività di tirocinio pratico, con tutoraggio, di due mesi consecutivi, che sarà svolta all'interno dei reparti di area internistica. La Fondazione pubblicherà, entro il 15 ottobre 2019, un avviso rivolto ai medici non specializzati per raccogliere le adesioni.

PRONTO SOCCORSO

Per quanto riguarda la carenza nel Pronto Soccorso, la delibera regionale rende noto che Azienda Zero ha già pubblicato tre bandi di concorso per 192 posti, ma che, a conclusione delle procedure concorsuali, risultano in graduatoria solo 22 specialisti e 24 specializzandi all'ultimo anno. Anche in questo caso, come in quello dell'area internistica, una volta espletati tutti gli altri tentativi di reperire il personale necessario a garantire l'erogazione dei Lea, considerata la necessità urgente di risposta alle esigenze dei reparti di Accettazione e Pronto Soccorso, la Regione Veneto ha deciso di procedere anche al reclutamento di giovani medici non specializzati, tramite linee d'indirizzo regionali con le modalità d'inse-

rimento nei reparti e l'individuazione degli ambiti di autonomia esercitabili con tutoraggio del personale strutturato. Anche in questo caso, l'attività teorica e pratica di formazione è stata affidata alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica che, entro il 15 settembre 2019, pubblicherà un avviso rivolto ai medici non specializzati interessati.

La delibera ha ovviamente provocato la presa di posizione degli Ordini dei Medici tra cui quello di Verona, dell'università di Padova e Verona e delle organizzazioni sindacali. Ecco il testo dei loro comunicati stampa:

COMUNICATO STAMPA DELLE UNIVERSITÀ DI PADOVA E VERONA

Il malato è grave, ma la terapia è sbagliata.

Le due delibere "di ferragosto" della Regione Veneto sull'assunzione di 500 giovani laureati non specializzati riportano al centro della cronaca il problema della carenza di medici specialisti. Carenza nota, e denunciata da tempo dalle Scuole di Medicina e Chirurgia delle Università di Padova e Verona che hanno chiarito come il problema erroneamente attribuito al "numero chiuso" che limiterebbe l'accesso al corso di laurea, sia in realtà dovuto alla cronica carenza di borse di studio per medici laureati che negli ultimi 10 anni ha impedito ad un terzo dei laureati di accedere alle scuole di specializzazione.

Questa carenza, che è ormai denominata "imbuto formativo", nasce dall' inadeguato finanziamento da parte dei Ministeri competenti, in particolare quello dell'Economia e delle Finanze, ma soprattutto è figlia di un quadro di programmazione nazionale sbagliato che ha penalizzato la professione medica con tagli sui fondi per la formazione, carichi di lavoro sempre più onerosi e stipendi bloccati da oltre 10 anni. Il problema, quindi, non va visto solamente nell'errato rapporto fra medici neo-

specialisti e colleghi che entrano in pensione, ma nel fatto che ogni anno almeno 1000 neo-specialisti non entrano nel sistema sanitario (nazionale e regionale) perché lasciano l'Italia per lavorare in altri Paesi europei (il dato è sottostimato anche perché non tiene conto della fuga in Paesi extra-europei e in strutture private).

Se, quindi, è vero che a carenze straordinarie, quali sono quelle evidenziate nella Regione Veneto negli ultimi tempi, servono interventi straordinari, le recenti delibere della Regione Veneto non solo appaiono inadeguate a risolvere la situazione, ma anzi peggioreranno la prognosi di un malato già grave.

L'assunzione dei 320 medici non specializzati da introdurre nell'area del Pronto Soccorso e dei 180 da inserire nell'area della Medicina internistica è destinata a determinare un duplice effetto negativo: abbassa la qualità dell'assistenza ai cittadini specialmente in aree critiche nelle quali la preparazione e la competenza professionale sono quanto mai necessarie, e preclude ai giovani laureati qualsiasi possibilità di carriera, impiegandoli a tempo indeterminato ma di fatto con una precarietà legata alle incertezze sull'inquadramento contrattuale e sulle modalità di copertura assicurativa.

Queste delibere, difatti, sono in evidente contrasto con i dispositivi della direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo in tema di scuole di specializzazione ed impedirebbero ai futuri medici di ottenere un titolo abilitante all'esercizio della professione in tutti i Paesi europei.

Nel comunicato stampa, la Regione Veneto sottolinea che queste delibere "coraggiose" sono il risultato di mesi di lavoro. Ebbene, in questi mesi la Regione non ha mai incontrato e discusso questa specifica tematica con le Università di Padova e Verona, che pure avevano dato al riguardo la più ampia disponibilità.

È bene ricordare che sono le leggi nazionali ed europee ad affidare all'Università il compito di provve-

dere alla formazione dei medici, alla specializzazione dei medici neolaureati, come pure a realizzare i corsi post-specializzazione ed i master in collaborazione con gli ordini professionali.

Nelle delibere già citate, il previsto corso di 92 ore in aula più due mesi di tirocinio in corsia, che dovrebbe preparare i giovani neolaureati ad inserirsi nelle strutture sanitarie di Pronto Soccorso e Medicina Internistica, appare del tutto inadeguato a sanare i bisogni formativi, anche perché imposto a strutture non istituzionalmente votate alla didattica e formazione, e basato su criteri e programmi non definiti.

Di quale sintonia di intenti fra Regione, SSR e Atenei veneti va letta la delibera in oggetto nella parte in cui si afferma che "Tutte le aziende ed enti del SSR sono tenute a rendersi disponibili ad accogliere i tirocinanti per lo svolgimento dell'attività formativa"? Tutto questo avviene in un quadro nazionale nel quale recentemente è stato finalmente aumentato il numero di posti nelle Scuole di Specializzazione e si è completato il percorso di accreditamento delle stesse Scuole allargando la rete formativa (e quindi il coinvolgimento di strutture e professionisti della Regione non universitari), adottando criteri rigorosi di controllo della qualità della formazione e avviando percorsi di certificazione delle Scuole stesse: percorso di accreditamento che ha visto gli Atenei veneti conseguire risultati di assoluta eccellenza.

Non possiamo, quindi, che richiedere un confronto immediato con la Regione Veneto per impedire che le delibere già citate si traducano in un abbassamento dei livelli di cura e sicurezza per i pazienti e in un danno per i neolaureati, ossia in una pericolosa caduta dei livelli qualitativi della sanità regionale. Lo spazio per evitare che il detto "a mali estremi, estremi rimedi" si traduca in un danno per il sistema sanitario regionale esiste e va percorso immediatamente.

Il nostro appello, come pure quelli degli Ordini dei Medici Chirurghi e

degli Odontoiatri del Veneto, del Presidente della FNOMCeO e di numerose sigle sindacali mediche non può rimanere inascoltato.

Mario Plebani e Domenico De Leo

PRESIDENTI DELLE SCUOLE DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DI PADOVA E VERONA

COMUNICATO STAMPA DELLE OOSS

Le scriventi Organizzazioni Sindacali Ospedaliere del Veneto apprendono con stupore che per la rivoluzionaria Delibera della Regione Veneto sulla "Assunzione e Formazione di 500 giovani laureati non specializzati" pubblicata a Ferragosto è stato dichiarato un lavoro preparatorio di mesi.

Evidentemente un confronto su tale argomento con i rappresentanti della Professione è stato ritenuto inutile, la Regione non si stupisca se poi qualcuno manifesta delle perplessità o si rivolge ai propri legali per l'analisi dei suoi contenuti.

A carenze straordinarie, cioè fuori dalla realtà ordinaria, servono interventi straordinari, ma questo non giustifica la messa in discussione dei

canali formativi istituzionali e la drastica riduzione del tempo di studio a vantaggio di un orario assistenziale di qualità ridotta, con medici la cui tutela assicurativa è tutta da inventare visto che la loro posizione non è attualmente contemplata, nel massimo storico del contenzioso medico legale, con buona pace della Legge Gelli. Il problema centrale è l'abbassamento della qualità dell'assistenza al cittadino in un Sistema Sanitario Regionale che ha retto grazie alla buona volontà degli operatori, a migliaia di ore straordinarie, a mancati recuperi e pacchetti prestazionali aggiuntivi, ambulatori aperti di notte ed al sabato con stipendi non confrontabili rispetto alla realtà Europea.

Su questo concordiamo con la posizione della FNOMCeO espressa dal Presidente Anelli, ed in particolare siamo contro un invio allo sbaraglio di una "manodopera professionale" a basso costo. Era stato proposto, inutilmente, un allargamento straordinario dei posti in Specializzazione facendo restare la formazione teorica a carico dell'Università e la formazione sul campo a livello di Ospedali in convenzione e/o l'utilizzo degli specializzandi già in avanzata fase di formazione, in un momento storico che ha visto anche un aumento dei posti di specialità a livello centrale.

In questo periodo sono stati sistematicamente celebrati gli interventi strutturali e di edilizia ospedaliera, ma l'indubbio miglioramento delle dotazioni tecniche deve progredire con il ricambio e la qualificazione del personale che continua ad abbandonare il servizio pubblico sia per normale pensionamento che per dimissione volontaria alla ricerca di una migliore qualità di vita.

Se il Pronto Soccorso è la porta d'ingresso di un ospedale, i reparti di Medicina e di Geriatria sono da sempre quelli deputati al maggior numero di ricoveri in urgenza e spesso con letti in appoggio in altri reparti con disagi per tutti, reparti a cui serve la guida di un medico esperto perché le sue responsabilità sono pesanti e le attuali condizioni di lavoro mettono a dura prova la sua vocazione, la sua scelta originaria.

Noi crediamo che i cittadini abbiano il diritto ad una completa informazione, disponibili comunque ad un incontro.

Distinti saluti.

Le Segreterie OO.SS.

REGIONE VENETO ANAAO_ASSOMED
- AAROI - ANPO - CIMO - FASSID - FESMED - FPCGIL - FPCGIL ME- DICI - FVM

ANNUNCIO NUOVO CORSO FAD SU "I MARCATORI TUMORALI"

Dal 22 febbraio 2018 è stato attivato sulla piattaforma FadinMed (www.fadinmed.it) il nuovo corso FAD della FNOMCeO, "I marcatori tumorali" (ID 218016), gratuito per medici e odontoiatri, che permette di conseguire 10 crediti ECM.

Dai dati disponibili risulta che in Italia la prescrizione dei marcatori in Italia è molto più frequente di quanto presupporrebbe l'epidemiologia dei tumori solidi, suggerendo un'inappropriatezza prescrittiva per eccesso, con conseguente elevato rischio di sovra-diagnosi. Numerosi fattori contribuiscono a indurre questa eccessiva prescrizione: il timore del medico di "mancare" una diagnosi, il bisogno di rassicurazione del paziente, il fatto che il marcatore è un test poco invasivo e facilmente disponibile, la fiducia acritica nelle nuove tecnologie, l'attitudine a ritenere che "di più è meglio".

L'impiego dei marcatori in oncologia è quindi esempio di come uno strumento importante per un'ottimale gestione del paziente venga spesso usato in modo improprio.

Il corso si propone di offrire indicazioni evidence based circa l'applicazione, in modo appropriato, dei marcatori nei diversi scenari di pratica clinica.

Piano nazionale liste d'attesa, Luci e Ombre

Il 21 febbraio è stato approvato dallo Stato e dalle Regioni l'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, che prevede risposte a un problema quotidiano nella vita dei cittadini. L'Istat infatti conferma che ci sono 2 milioni di persone (3,3% dell'intera popolazione) costrette a rinunciare a visite ed esami per problemi di liste di attesa, mentre sono oltre 4 milioni quelle che vi rinunciano per motivi economici (6,8%).

Già da 2010 il precedente Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2010-2012 aveva definito 58 prestazioni tra visite specialistiche (14), esami diagnostici (29) e prestazioni da erogare in regime di day hospital/day surgery o di ricovero ordinario (15) per cui ASL ed ospedali avrebbero dovuto garantire i tempi massimi di attesa. Oltre alla programmazione le Regioni e le Aziende sanitarie hanno l'obbligo di rendere noto il piano attuativo informando i cittadini sui tempi d'attesa attraverso i canali web.

A distanza di oltre 5 mesi dalla sua approvazione e di 3 mesi dalla prima scadenza prevista per il recepimento e l'adozione del Piano regionale, sono 4 le Regioni che non hanno ancora adottato un proprio Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa: Provincia di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata, Sardegna. Due di queste, Friuli-Venezia Giulia e Provincia di Bolzano, non hanno neanche recepito formalmente l'Intesa Stato Regioni.

È necessario che il Ministero della Salute intervenga nei confronti delle Regioni che ad oggi non hanno ancora recepito formalmente l'Intesa Stato-Regioni e approntato i propri Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa, come dovrebbe verifi-

care nel merito le misure previste in tutti i Piani regionali per individuare e rimuovere eventuali scostamenti dai principi sanciti nel Piano Nazionale. Anche le Regioni, a loro volta, dovrebbero verificare l'operato delle Aziende Sanitarie Locali rispetto all'adozione dei Piani Attuativi Aziendali e della loro congruità rispetto agli indirizzi regionali.

Alcuni dati sui tempi di attesa delle 43 prestazioni ambulatoriali del PNGLA 2010-2012, prevista per legge, mostrano come questi siano ancora lontani da standard ottimali ed estremamente variabile tra le diverse Regioni. In particolare:

- 9 Regioni (Provincia autonoma di Bolzano, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta) dispongono di portali interattivi;
- 8 Regioni (Provincia autonoma di Trento, Abruzzo, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Veneto) rendono disponibili solo l'archivio storico con dati, range temporali e frequenza di aggiornamento estremamente variabili;
- 3 Regioni (Campania, Sicilia, Umbria) rimandano ai siti web delle aziende sanitarie senza effettuare alcuna aggregazione dei dati rendendo impossibile valutare il range temporale e la frequenza di aggiornamento degli archivi storici;
- 1 Regione (Calabria) non fornisce alcuna informazione sui tempi di attesa.

Tuttavia, nessun portale fornisce attualmente sia informazioni complete sulle performance regionali sul rispetto dei tempi massimi di attesa,

sia i tempi di attesa delle strutture eroganti per ciascuna prestazione con indicazione della prima disponibilità per i cittadini.

In tutto questo attività di importante monitoraggio sarà fondamentale il ruolo dell'Osservatorio Nazionale sulle liste di Attesa dal quale ci si aspetta una fotografia costante di ciò che accade realmente in tutti i territori, per l'adozione delle relative misure correttive che potranno rendersi necessarie, per limitare le differenze fra Regioni, e anche fra diverse Aziende nella stessa Regione, tanto più in questo momento in cui è necessario consolidare il rapporto fra cittadini, professionisti e SSN.

GIULIO RIGON

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.

Foglio di Dimissione con inclinazione sessuale: tra dovere dell'anamnesi e dovere del segreto professionale

Francesco Del Zotti

MMG VERONA - MEMBRO
COMMISSIONE ICT DELL'ODM VERONA

È su vari giornali la notizia del foglio di dimissione di un paziente da un reparto di malattie infettive. Nelle prime righe vi è scritto: *“omosessuale; compagno stabile”*

È interessante riferire la dichiarazione del paziente in merito:

“Ciò che mi ha più infastidito è stata la lettera di dimissione: alla terza riga è specificato che io sono omosessuale con compagno fisso. Cosa c'entra? Perché lo specifichi? È un dettaglio che posso decidere di tenere riservato, ma che adesso dovrò quantomeno condividere con il mio medico di base. E se lui non lo sapesse? E se io non volessi farlo sapere? Mi chiedo: ci sarà mai una anamnesi con scritto “eterosessuale con compagno stabile”?».

D'altra parte la Direzione Ospedaliera ha espresso questa affermazione condivisibile: *“una anamnesi deve raccogliere tutte le informazioni personali e cliniche utili all'eventuale processo di cura: sono dati sensibili che appartengono soltanto al rapporto strettamente personale fra medico e paziente e sono tutelati dalla riservatezza della cartella clinica”.*

Mi preme sottolineare, comunque, che da qui non deve necessariamente discendere che ogni fatto o abitudine o inclinazione sessuale raccolti dall'anamnesi debbano finire in documenti in qualche modo ufficiali e visibili quasi sicuramente a diversi addetti ai lavori (comprese, spesso,

le segretarie); ciò è ancora più rischioso nell'epoca in cui il foglio cartaceo di dimissione è solo l'ultimo atto di un accumulo-diffusione di dati elettronici e telematici (vedi ad es. il dossier elettronico ospedaliero e il FSE).

Il collega Antonello Soro, garante della privacy in una intervista a *“La stampa”* ha sottolineato che: *“il dato sull'omosessualità del paziente è un dato sicuramente irrilevante ai fini della diagnosi, come anche delle prescrizioni terapeutiche o di comportamento”..... E inoltre: “prima ancora della violazione delle norme in materia di privacy, colpisce l'evidente inutilità delle informazioni consegnate al medico di famiglia e a quanti altri che, per le più diverse ragioni, avranno necessità di prendere visione del foglio di dimissione.....In quanto idoneo a rivelare l'orientamento sessuale, quel dato è qualificato dalla disciplina privacy come meritevole di una tutela rafforzata che ne circoscrive al massimo le possibilità di circolazione, proprio per impedire ogni possibile discriminazione su questa base. Pertanto, l'indicazione di tale dato, in assenza di alcuna esigenza, all'interno di una lettera quale quella di dimissione che deve essere poi consegnata a soggetti terzi rispetto all'interessato, se non altro il medico di base, è sicuramente eccedente e, come tale, illegittima e discriminatoria nei confronti del paziente”.*

CONCLUSIONI:

Credo nella buona fede dei colleghi e dell'azienda ospedaliera, testimoniata anche dalla loro pronta disponibilità a riformulare il foglio di dimissione secondo le volontà del paziente.

I colleghi sono vittima dell'unico valore che domina oggi nel mondo del PC, delle reti, di una certa caricatura dell'idea di Audit e ricerca: *“registrare tutto”; “trasmettere tutto”.*

In merito a questo caso, ho letto di politici che gridano allo scandalo e che chiedono punizioni esemplari per i colleghi, che hanno semplicemente seguito l'imperativo di partiti politici (di ogni colore), i quali hanno spinto fortemente tutti noi verso la condivisione dei dati e verso i big data.

Il MEF, le regioni, le softwarehouse di cartelle - e non poche volte noi medici, orientati sempre di più alla ricerca e all'audit - stanno martellando i colleghi: *“bisogna registrare tutto”; “trasmettere tutto ai colleghi della porta accanto”.*

E ciò sia nel caso in cui sia il MMG che riceve il foglio di dimissione ospedaliero; o quando il CUP riceve le nostre ricette di MMG con *“diagnosi obbligatoria”*; o quando la ULS o la regione ricevono i dati di *“progetti-obiettivo”* o i dati delle dematerializzate o del FSE, con tanto di dati nominativi. Ma il registrare tutto a volte è contro un valore su cui si è fondato per millenni la medicina ippocratica: il rapporto fiduciario, il segreto professionale

Nel mondo attuale iper-connesso certi dati delicati forse non andrebbero nemmeno registrati nel proprio PC; o andrebbero registrati solo dopo chiaro processo di consenso (il che non è così semplice) del paziente. Sembra sacrilego quanto qui scrivo? Se lo sembra è perché evidentemente abbiamo subito una sorta di lavaggio del cervello pro-condivisione e pro-social.

È arrivata l'ora in cui i medici e cittadini, insieme, chiedano che si ri-orienti la telematica, oltre il concetto di panacea.

La condivisione telematica dei dati è utile in molti casi; ma può essere controproducente in altri casi, soprattutto se non si investe abbastanza nella creazione di regole comportamentali ad hoc, ed in una tecnologia della sicurezza che protegga al massimo

il segreto professionale, soprattutto per certe categorie di pazienti o di dati sensibili.

Il valore della riservatezza non è morto.

Non dimentichiamo che lo stesso imperatore del valore della "condivisone", Zuckerberg, ha comprato tutte le case intorno alla sua per proteggere la sua intimità; e che vi è una nota foto illuminante: sulla telecamera del

suo portatile egli ha apposto una etichetta a mo' di tappo.

Non vorrei che il rapporto fiduciario ed il segreto professionale diventino un lusso permesso solo ad alcuni pazienti possidenti o potenti. Facebook dopo le multe sopravvivrà; mentre una medicina che iper-valorizza il "dato" da trasmettere come unico valore è destinata a diventare una rotella (sostituibile) della facebook sanitaria che ci attende.

Rapporto AIFA 2018 sui vaccini: si conferma efficacia e sicurezza

"Dall'analisi dei dati nazionali, non sono emerse informazioni che possano influenzare il rapporto beneficio-rischio per le varie tipologie di vaccino correntemente utilizzate, confermando quindi la loro sicurezza", afferma l'Aifa nel Rapporto Vaccini 2018. "L'immunizzazione è ampiamente riconosciuta come uno degli interventi sanitari più efficaci e convenienti nella storia della salute pubblica.

Grazie ai vaccini si continuano a salvare globalmente milioni di vite ogni anno. Il monitoraggio dei vaccini riveste pertanto un'importanza fondamentale a servizio di tutti, per promuovere il loro uso e per garantirne sempre, come anche per tutti i farmaci, il giusto rapporto rischio/beneficio", scrive nella prefazione il DG dell'Aifa Luca Li Bassi.

"Complessivamente - si legge -, su un totale di circa 18 milioni di dosi somministrate in Italia nel 2018 per tutte le tipologie di vaccino, sono state effettuate 31 segnalazioni ogni 100.000 dosi, che corrispondono a

circa 12 segnalazioni ogni 100.000 abitanti. La frequenza delle segnalazioni relative a reazioni avverse gravi correlabili è di 3 eventi ogni 100.000 dosi. Le reazioni correlabili segnalate sono tutte note e quindi, già riportate nelle informazioni sul prodotto dei vaccini autorizzati in Italia". Quasi la metà delle reazioni avverse è stata la febbre, quindi a seguire le reazioni locali nel punto di inoculo, le reazioni cutanee generalizzate, agitazione/irritabilità, vomito, orticaria.

Come dichiara Vittorio Demicheli del Nitag (Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni), "nello scorso anno, pur in presenza di un aumento delle coperture e delle dosi somministrate (oltre 17 milioni) sono stati segnalati pochissimi eventi gravi e nessun decesso ritenuto almeno potenzialmente correlabile con la vaccinazione.

Non sono stati rilevati problemi o allarmi specifici, anche per i vaccini di recente introduzione e soprattutto, la sensibilità e la qualità del sistema di segnalazione sono in costante mi-

glioramento. Il tema delle vaccinazioni facilmente si presta a contrapposizioni ideologiche. Da una parte chi è pregiudizialmente contrario alimenta facilmente le paure sugli eventi avversi gravi, come l'autismo, che la ricerca ha dimostrato non essere correlato alle vaccinazioni. Dall'altra alcuni paladini mediatici delle vaccinazioni le difendono con argomentazioni ideologiche o morali.

I solidi dati del nostro sistema di vigilanza mostrano che i vaccini, come tutti i medicinali, non sono esenti da rischi, ma che questi sono di gran lunga inferiori ai rischi legati alle malattie che i vaccini efficacemente prevengono".

Sono stati in realtà segnalati solo 13 casi di decesso, ma nessuno è correlabile alla vaccinazione; 2 segnalazioni in seguito a vaccino esavalente, 2 a seguito di somministrazione di vaccino antipneumococcico coniugato, 2 a seguito di somministrazione di vaccino antimeningococcico B, 1 a seguito di somministrazione di vaccino MPRV, 6 a seguito di somministrazione di vaccino antinfluenzale.

Medicina e psichiatria nell'immaginario di Georges Simenon

di Luciano Bonuzzi

A Karin, lettrice infaticabile di romanzi gialli

La pagina di Georges Simenon, al di là del valore letterario, pone non pochi problemi che vanno dalla riflessione sul rapporto che corre fra l'Autore e la sua opera fino ad interessare l'influenza che tale opera può esercitare sul lettore, soprattutto sul lettore ansioso. I romanzi di Simenon – innanzi tutto quelli che hanno come protagonista il celebre commissario Maigret – hanno, infatti, un effetto rasserenante, mentre Simenon, a differenza del commissario Maigret, è figura dalla biografia tormentata. Si aggiunga che Simenon ha con la medicina un rapporto profondo, di grande coinvolgimento; un rapporto che va ben oltre l'interesse, pur vivo, che per la medicina hanno avuto Thomas Mann o Marcel Proust. Il successo editoriale, simile a quello di Emilio Salgari o di Jules Verne, testimonia, del resto, il diffuso gradimento popolare che giustifica una riflessione sull'incisività che si può riconoscere agli scritti di questo fortunato romanziere belga.

Georges Simenon (1903-1983) nasce a Liegi nel primo Novecento ma degli anni giovanili conserva un ricordo sgradevole imputando alla madre un'educazione piuttosto repressiva, intonata da radicale perbenismo: osservazione che ha tutto il sapore di una razionalizzazione a posteriori per giustificare il clima anarchico in cui sono cresciuti i suoi figli. Ben presto inizia a lavorare come giornalista e come scrittore raggiungendo un rapido successo. Precoce e continuo l'interesse per le donne. Confessa: "Fin da giovane mi sono abituato a fare l'amore tutti i giorni, due o tre volte al giorno, perlopiù." Nega peraltro di essere un "maniaco sessuale",

osservando che questa esuberanza non ha nulla di innaturale. Il bisogno sessuale che lo accompagna ininterrottamente, una pulsione quasi ossessiva, esprimerebbe piuttosto una sorta di esigenza panica, di bisogno fusionale, di anelito al naufragio nel mistero della femminilità per conoscere non "una donna, ma 'la' donna, quella vera, amante e materna insieme, senza artifici..."⁽¹⁾. In effetti, gli è capitato di convivere contemporaneamente con almeno tre donne – governante, moglie e segretaria – senza trascurare il bisogno ricorrente di allargare gli incontri con professioniste dell'amore. Questa curiosità per l'universo femminile, simile all'interesse per il mare o per la madre terra, presenta aspetti singolari, palesemente regressivi. Malato, si fa assistere integralmente da Tigy, la prima moglie, che con il suo camice bianco da pittrice gli sembra una vera infermiera: fa scivolare il vaso da notte sotto il cuscino di gomma gonfiabile, simile ad una ciambella, lo gira, lo insapona, lo risciacqua, lo asciuga e lo cosparge di talco come si fa con lo zucchero per le torte.

Con Teresa, l'ultima compagna che su di lui ha un dichiarato effetto rasserenante, il rapporto è ancora più stretto. Commenta: "È la sola donna, oltre a mia madre, della quale mi sia lasciato lavare le parti intime e accudire in tutto e per tutto". Da Teresa si fa anche praticare qualche clistere, cosa che non ha "mai permesso di fare a nessun'altra donna. E questo forse perché lei era, semplicemente, una vera donna, vicina alla natura"⁽²⁾. Assai complessa la relazione con la seconda 'Signora Simenon' che nelle *Memorie intime* viene designata come D., con la semplice iniziale del nome quasi per esorcizzarne non solo la presenza ma anche il ricordo. D. è disturbata da imprevedibili



Georges Simenon

escursioni del tono dell'umore e non è da escludere che l'incontro con Simenon ne abbia favorito e plasmato il destino – un destino da psicotica – conclusosi con gli interventi psichiatrici più diversi, comprese le lunghe accoglienze in case di cura. Simenon osserva preoccupato i segni che annunciano le ricorrenti bufere emozionali di D. che minaccia il suicidio ma che sta bene quando è incinta; vorrebbe aiutarla e si sente un 'riparatore di destini' come Maigret, ma nel contempo non riesce ad accantonare il sospetto che si tratti di una commediante. I figli, come si è già accennato, ricevono un'educazione radicalmente permissiva, ma Marie-Jo, figlia di D., risente profondamente, ed in modo negativo, del clima che circola in famiglia. Marie-Jo è incestuosamente innamorata del proprio padre e, nonostante psicoterapie e ricoveri, dopo ripetuti tentativi auto-soppressivi si suicida con un colpo di pistola. Marie-Jo avrebbe subito, durante l'infanzia, un grave trauma osservando il sesso della madre che si masturbava; ma, naturalmente, si

tratta di un'interpretazione fornita da Simenon che sembra accantonare, o almeno ridimensionare, l'importanza della genetica che è sempre presente nella sua ermeneutica antropologica.

L'ambiente familiare, tutto sommato, non è privo di tensioni e di asperità; problemi verosimilmente acuiti dai ripetuti cambiamenti di domicilio che portano Simenon dal Belgio, alla Francia, agli Stati Uniti ed alla Svizzera. E per quanto si consideri un apolide è probabile che gli inevitabili cambiamenti culturali, retaggio dei vari traslochi, abbiano favorito qualche emergenza d'ansia, incentivando la costante preoccupazione per la propria salute e per quella dei familiari.

Non vi è né organo, né apparato che in qualche momento della vita non abbia coinvolto Simenon: ansioso e preoccupato, sembra essere un vero ipocondriaco alla ricerca ininterrotta del medico ideale. Se si esclude la figura di un imprudente radiologo che, mentre era ancora in giovane età, gli aveva prognosticato due soli anni di vita, Simenon si dimostra quanto mai affascinato dai vari clinici con cui viene a contatto; affascinato dal loro sapere e dalla loro umanità, tanto da ricercarne dovunque l'amicizia personale. Coerentemente scrive: "Contrariamente a quanto va di moda oggi, io credo nella medicina. E credo soprattutto nei medici, perché ne ho conosciuti molti". Una passione testimoniata da tanti abbonamenti a "riviste di medicina americane, inglesi e svizzere", ammettendo al proposito che la medicina è la sua "mania"⁽³⁾.

Un interesse che si intreccia con quello per la psicologia anche se, pur elettivamente attento a quelle dottrine di origine ottocentesca che pongono l'accento sull'ereditarietà e sulla degenerazione, non si può dire che aderisca a qualche indirizzo con continuità; sembra, comunque, informato in merito alle diverse scuole e tendenze con un'attenzione privilegiata per la criminologia testimoniata, fra l'altro, dall'iscrizione alla Società internazionale di questa disciplina: una scelta coerente per un maestro del romanzo giallo. L'osmosi fra psicologia e medicina – e, soprattutto,

fra criminologia, psichiatria e medicina legale – è una costante dei suoi romanzi sia di quelli 'Maigret' che di quelli 'non-Maigret'.

Dopo il rapido cenno, ora abbozzato, al profilo personologico del romanziere belga, ci si può chiedere come e cosa scrivesse per affascinare il lettore con modalità tanto coinvolgenti. Simenon, che afferma di non essere né un descrittore di paesaggi né un ritrattista, scrive, per così dire, 'ad alta voce' e, orientato soprattutto dagli odori ma anche dai suoni o dalle sensazioni prodotte dalle variazioni atmosferiche, elabora una sorta di *rêve éveillé dirigé* senza sapere, quando si avvicina alla macchina da scrivere, dove lo porterà il gioco delle percezioni vissute: senza sapere quale sarà la conclusione del racconto, spesso movimentata da qualche *coup de théâtre*. La trama, in altre parole, si dipana come in un film dalla conclusione imprevedibile; e ciò non stupisce data l'amichevole sintonia di Simenon con due grandi registi come Jean Renoir e Federico Fellini⁽⁴⁾.

Un impegno coinvolgente, per quanto estraneo ad ogni preconetto ideologico ed etico, ma vissuto con intensa partecipazione emozionale tanto che dopo aver scritto ogni capitolo deve togliersi la giacca madida di sudore. Simenon, in ogni modo, sottolinea che quanti lo leggono, nei più diversi angoli del mondo, si riconoscono nei suoi personaggi, altrimenti non si spiegherebbe il successo. Gli è che il coinvolgimento affascinante e la funzione catartica delle sue pagine ad altro non sarebbero dovuti che alla sua capacità di mettersi nei panni dei propri personaggi anche se "nessuno di loro" – puntualizza – lo ha "mai rispecchiato". Ed è vero: Maigret, ad esempio, è tutto ciò che Simenon non era, anche se qualche somiglianza non manca, al di là della condivisa passione per la pipa: sia Maigret che Simenon hanno, infatti, in comune il motto: "Capire e non giudicare"⁽⁵⁾. Sembra, insomma, essere l'estraneità al giudizio etico che, accanto alla spontaneità dello scrivere ed alla quotidianità dei contenuti descritti, garantisce le fortune della letteratura simenoniana.

Una rapida carrellata, attraverso i tanti romanzi usciti dalla sua fantasia permette di meglio coglierne lo spirito, dividendo, per comodità espositiva, i romanzi 'Maigret' da quelli 'non-Maigret'. I romanzi 'Maigret', del resto, svelano con maggiore chiarezza il rapporto che corre fra la personalità di Simenon e quella del celebre commissario: si tratterebbe, se si passa la metafora, del 'positivo' e del 'negativo' della stessa immagine fotografica.

Negli anni '50, sull'onda del consenso che il pubblico dei lettori ha riservato al protagonista dei suoi romanzi polizieschi, Simenon scrive *Le memorie di Maigret* insinuando una sorta di dubbia interscambiabilità fra sé e il celebre commissario, che altro non sarebbe che un doppio⁽⁶⁾. Ma, in verità non si può parlare di doppio⁽⁷⁾, né di una vera specularità fra Simenon e il suo personaggio in quanto Maigret, che agli occhi di tanti lettori incarna l'ideale dell'io, ha ben poco da spartire con le inquietudini di Simenon. Basti pensare ai tormentati e maniacali rapporti dello scrittore belga con le figure di genere femminile che nel mondo della vita hanno incrociato i suoi passi, là dove la moglie di Maigret altro non fa che proteggerlo maternamente avvolgendolo di silenzio e dicendo parole che sfumano nella nenia rassicurante⁽⁸⁾. Di Maigret, descritto con l'immane pipà, è essenziale il fiuto – la capacità di cogliere gli odori – che lo orienta in un mondo – il mondo della criminalità e della marginalità sociale – dove proprio agli odori compete un ruolo percettivo essenziale per connotare l'atmosferico, ma anche per indirizzare e plasmare l'orientamento. L'allusione insistita agli odori, oltretutto, permette di cogliere qualche aspetto del funzionamento mentale di Maigret che può bloccarsi improvvisamente, seguendo il corso dei propri pensieri, perché basta "un fatto insignificante, un odore quasi impercettibile a farci rivivere, per una frazione di secondo, un istante della nostra vita"⁽⁹⁾. Si tratta della memoria involontaria che affiora dalla marea dei ricordi attivati da qualche percezione subliminare⁽¹⁰⁾ che stimola l'associazione delle idee orientando il comportamento

cosciente. Accanto agli odori anche ai suoni compete qualche rilevanza. I suoni, infatti, hanno una sotterranea parentela con le voci umane e con la musica ed a Maigret può capitare di ascoltare i discorsi della moglie lasciandosi “cullare della sua voce come da una dolce musica”⁽¹¹⁾: la Signora Maigret – non va dimenticato – ha, infatti, ha un profilo personologico che ha poco da spartire con tante compagne di Simenon e in particolare con la Signora D. Attento al mondo degli odori e dei suoni, Maigret si orienta, insomma, nell’universo della marginalità confrontandosi con le più diverse diagnosi psichiatriche e, naturalmente, anche con il personaggio dello psichiatra di cui riconosce le difficoltà professionali. Gli psichiatri, infatti, aderendo ad indirizzi dottrinali differenti, possono affrontare lo stesso problema giungendo a conclusioni non omogenee. Negli scritti degli anni ‘30 prevale in Simenon l’interesse per l’antropometria e per i tratti degenerativi, ma quanto prima subentra quello per la psicoanalisi di Freud e di Adler. Si tratta, in altre parole, di saperi differenti che sottendono il dibattito fra gli psichiatri e che spiegano la difficoltà di trovare di fronte ai vari stati morbosi un accordo interpretativo condiviso⁽¹²⁾. Di grande aiuto non sembra essere agli occhi di Simenon-Maigret neppure quella psicologia che ricorre ai test mentali quando, accanto al medico del carcere e allo psichiatra, compare la psicologa: una “strana donna con gli occhi da zingara”⁽¹³⁾.

Anche i romanzi ‘non-Maigret’ confermano il forte interesse per il mondo della medicina: per il rapporto dei medici fra loro e soprattutto per il rapporto medico-paziente osservato dal punto di vista del paziente. *Il Presidente*⁽¹⁴⁾, un racconto ispirato agli ultimi anni di Clemenceau, è un saggio stimolante sulla malattia, sulla vecchiaia e sulla morte dove il rapporto medico-paziente viene analizzato con grande attenzione. Lo stile narrativo, tipico di Simenon, è fatto di impressioni dove, come sempre, prevalgono gli odori creando un sotterraneo contrasto fra l’odore di vecchio che circonda il protagonista e l’odore di femmina, accentuato dal riscalda-

mento, di una giovane domestica dai costumi sbrigliati. Il protagonista è un paziente particolare, una figura politica di grande spessore, che in seguito ad un ictus viene preso in carico da molteplici figure di sanitari – primario ospedaliero, medico di famiglia, infermiera etc. – che riflettono quella frammentazione relazionale che caratterizza la medicina contemporanea. Le regole dietetiche e le indagini strumentali – elettroencefalogramma, elettrocardiogramma – sono quanto guida la relazione svelando qualche fragilità in chi, escluso dall’esecuzione di queste tecniche, è a diretto contatto con il paziente. E il paziente, che osserva con distacco il proprio corpo e gli attori che lo accudiscono, dapprima scotomizza i limiti che alla malattia sono fatalmente impliciti ma poi, quando la fine si avvicina, è invaso da una serena sensazione di solitudine, dalla distaccata consapevolezza del non esserci. Suggerivo è anche un altro racconto: *Le campane di Bicêtre*⁽¹⁵⁾: un romanzo di alto profilo dove il protagonista, ancora una volta colpito da un ictus, vive tutti i complessi momenti del ricovero ospedaliero svelando un’intensa curiosità per la vita professionale e privata di chi lo accudisce; un tentativo per esorcizzare l’inconscio timore che il medico, a cui si guarda con tante aspettative, altro non sia che un freddo operaio della tecnica.

Per concludere, la lettura dei romanzi ‘Maigret’ infonde sicurezza; gli altri scritti, là dove domina un esplicito interesse per la medicina, avvincono, invece, perché l’universo della malattia fatalmente coinvolge ogni essere umano che, malato, non ama mai essere ridotto a corpo-natura ed è per questo che si interessa alla vita personale – all’esistenza – di chi lo accudisce sperando in qualche reciprocità.

NOTE E RICHIAMI BIBLIOGRAFICI

1. G. Simenon, *Memorie intime*, trad. L. Frausin Guarino, Milano, Adelphi, 2003, pp. 410, 639, 992. L’attività sessuale, confessata da Simenon, rivela una frequenza che supera largamente quella del maschio americano registra-

ta da Kinsey negli anni ‘50 del Novecento (A. C. Kinsey, W. B. Pomeroy, C. E. Martin, *Il comportamento sessuale dell’uomo*, Prefazione di C. Musatti, trad. A. Bonatelli, Milano, Bompiani, 1950, p. 443). È verosimile che la frequenza riferita non sia esente da qualche autocompiacimento e che pertanto vada considerata con cautela, anche se le varianti individuali in tema di comportamento sessuale sono quanto mai larghe. Un paziente seguito presso il nostro Servizio tanti anni or sono aveva incontri ripetuti durante la giornata con la giovane moglie – una Signora di circa 40 anni, mentre lui, asciutto e longilineo, superava i 70 – ma la Signora non sembrava gradire questa intraprendenza, tanto che, sapendo che era iperteso, lo scoraggiava dicendo: “Vieni, vieni... vedrai che muori”.

2. G. Simenon, *Memorie intime*, cit., pp. 858, 942.
3. Ib., pp. 650, 873.
4. *Carissimo Simenon. Mon cher Fellini*, a cura di C. Gauteur, trad. E. Muratori, Milano, Adelphi, 1998.
5. G. Simenon, *Memorie intime*, cit., pp. 662, 704.
6. G. Simenon, *Le memorie di Maigret*, trad. M. Bevilacqua, Milano, Adelphi – Corriere della Sera, 2010, pp. 22, 23, 32, 41, 44.
7. U. Eco, *Intorno e al di là dello specchio*, in *Lo specchio e il doppio. Dallo sguardo di Narciso allo schermo televisivo*, a cura di G. Macchi, Milano, Fabbri, 1987, p. 23.
8. G. Simenon, *Le memorie di Maigret*, cit., p. 139.
9. G. Simenon, *L’ispettore Cadavre*, trad. F. Ascari, Milano, Adelphi – Corriere della Sera, 2009, p. 106.
10. Queste percezioni – sia detto per inciso – sono di grande rilevanza nella letteratura proustiana.
11. G. Simenon, *Maigret e la giovane morta*, trad. L. Frausin Guarino, Milano, Adelphi – Corriere della Sera, 2009, p. 106.
12. G. Simenon, *La trappola di Maigret*, trad. L. Cisbani, Milano, Adelphi – Corriere della Sera, 2009, p. 159.
13. G. Simenon, *La camera azzurra*, trad. M. Di Leo, Milano, Mondadori, 2003, p. 51.
14. G. Simenon, *Il Presidente*, trad. L. Cisbani, Milano, Adelphi, 2007.
15. G. Simenon, *Le campane di Bicêtre*, trad. L. Frausin Guarino, Milano, Adelphi, 2009.

Sperimentazione clinica dei medicinali. Nuove regole

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 136 del 12 giugno 2019 è stato pubblicato il decreto legislativo del 14 maggio 2019 N. 52. **Il provvedimento, che consta di 10 articoli, è volto ad attuare le disposizioni di delega contenute all'articolo 1 della legge n. 3/2018 - entrata in vigore il 15 febbraio 2018 - in materia di sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, anche con l'obiettivo di menzionare specificamente il riferimento alla medicina di genere e all'età pediatrica.** Il decreto in particolare apporta alcune modifiche al D.Lgs. n. 200/2007, di attuazione della direttiva 2005/28/CE sulle buone pratiche cliniche e sui requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali. Esso, in parti colare, riordina la materia dell'esperimentazione clinica, anche al fine di valorizzare l'uso sociale ed etico della ricerca, con parti colare riferimento a quella no profit. In materia di principi di **buona pratica clinica**, si prevede - in attuazione del criterio di delega concernente la semplificazione delle procedure contenuto alla lett. f), comma 1, del l'art. 1, L. 3/2018 - che siano semplificate le procedure per l'utilizzo a

scopo di ricerca clinica di materiale biologico o clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche o a qualunque altro titolo detenuto, previa prestazione di specifico consenso informato al relativo uso da parte del paziente del materiale biologico residuale, con apposite Linee guida predisposte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). **Si rileva che l'art. 3 (Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) prevede che l'aggiornamento periodico del personale operante presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie impegnato nella sperimentazione clinica dei medicinali è realizzato attraverso il conseguimento di appositi crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari, nei quali sia data rilevanza anche alla medicina di genere e all'età pediatrica, e multiprofessionali nonché su percorsi formativi di partecipazione diretta a programmi di ricerca clinica multicentrici.** L'art. 5 al comma 1 prevede che con decreto del Ministro della salute sono definiti i requisiti di idoneità delle strutture presso le quali si svolgono le sperimentazioni cliniche. L'art. 6 dispone che l'AIFA debba indi-

viduare le modalità idonee a tutelare l'indipendenza della sperimentazione clinica e l'assenza di conflitti di interesse nella valutazione delle relative domande. L'art. 7 prevede che con decreto del Ministro della salute sono ridefinite le procedure di valutazione e di autorizzazione delle sperimentazioni cliniche, garantendo il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti, con particolare riferimento al caso delle malattie rare. L'art. 8 riguarda la definizione, con decreto del Ministro dell'istruzione dell'Università e della ricerca, a livello nazionale dei criteri generali sulla base dei quali gli Atenei possono attivare master finalizzati alla metodologia della ricerca clinica e conduzione e gestione degli studi clinici e sperimentazione dei farmaci. Il comma 3 del suddetto articolo dispone che: **"Le regioni, le strutture sanitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico possono promuovere le attività di formazione di cui al comma 1 anche attraverso l'organizzazione di corsi di educazione continua in medicina (ECM) destinati al personale operante presso le strutture impegnate nelle sperimentazioni Cliniche".**

Morbillo: consigli per chi viaggia

Nota del Ministero della Salute -Direzione Generale della prevenzione sanitaria -recante "Consigli per i viaggi internazionali in relazione alla situazione epidemiologica del morbillo e all'Avviso dell'OMS del 20 giugno 2019". Si rileva che l'OMS raccomanda ai viaggiatori internazionali:

- "di verificare che il proprio stato vaccinale sia coerente rispetto al calendario nazionale e ai rischi potenziali associati ai luoghi di viaggio, e di assicurarsi, in

particolare, di aver ricevuto due dosi di vaccino contro il morbillo;

- se non si è sicuri del proprio stato immunitario nei confronti del morbillo o non si è stati vaccinati in precedenza, di ricevere almeno una dose di vaccino anti-morbillo almeno 15 giorni prima del viaggio;
- che i bambini non vaccinati ricevano almeno una dose di vaccino contro il morbillo se viaggiano in paesi o aree con focolai di morbillo. I bambini di età

compresa tra 6 e 9 mesi che ricevono una dose di vaccino contro il morbillo dovranno successivamente sottoporsi al ciclo vaccinale completo a due dosi di vaccino contro il morbillo, alle età previste dal Calendario vaccinale nazionale;

- di rivolgersi al proprio medico per avere maggiori informazioni sulla malattia.

Il vaccino contro il morbillo può essere somministrato in concomitanza con altri vaccini raccomandati per i viaggiatori, come quello contro la febbre gialla".

ENPAM: entro il 31 ottobre il pagamento dei contributi proporzionali "Quota B"

(Art. 3; Art. 4; Art. 6, comma 2; Art. 8, comma 2)

Requisiti

Iscrizione all'Albo professionale. Assoggettato al contributo il reddito libero professionale netto, prodotto nell'anno 2018, superiore a:

- € 4.602,00 annui per gli iscritti attivi di età inferiore a 40 anni, ovvero ammessi al contributo ridotto alla "Quota A";
- € 8.499,03 annui per gli iscritti attivi di età superiore a 40 anni.

Ammontare del contributo

Contributi dovuti nell'anno 2019 sui redditi prodotti nell'anno 2018 (Tabella A allegata al Regolamento del Fondo)

Aliquota intera:

- 17,50% del reddito professionale netto, sino all'importo di €101.427,00

Aliquota ridotta per gli iscritti attivi che contribuiscono (in base ad un rapporto stabile e continuativo) anche ad altre forme di previdenza obbligatoria, compreso il Fondo Speciale Enpam o che sono già titolari di pensione a carico di altre gestioni previdenziali diverse dal Fondo Generale

- 8,75% del reddito professionale netto, sino all'importo di €101.427,00

Aliquota ridotta per i titolari di redditi intramoenia e per i partecipanti al corso di formazione in medicina generale:

- 2% del reddito professionale netto, sino all'importo di € 101.427,00

Aliquota ridotta per i **pensionati del Fondo Generale** che percepiscono compensi libero-professionali, salva opzione per l'aliquota intera:

- 8,75% del reddito professionale netto, sino all'importo di €101.427,00

Per tutti i contribuenti:

- 1% sul reddito eccedente l'importo di € 101.427,00, di cui solo lo 0,50% pensionabile/li>

Modalità di versamento

L'importo del contributo è calcolato dall'E.N.P.A.M. sulla base dei dati indicati nel Modello D, che deve essere inviato alla Fondazione attraverso l'Area Riservata agli iscritti del sito www.enpam.it entro il 31 luglio 2019. I termini di presentazione del Modello D sono stati prorogati al 30 settembre 2019 per i medici e gli odontoiatri soggetti a lsa o con regime forfettario. Il contributo deve essere versato mediante bollettino MAV precompilato, inviato dalla Banca Popolare di Sondrio, cassiere dell'Ente, a tutti gli iscritti tenuti al versamento e pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale, entro il 31 ottobre 2019. È anche prevista la possibilità di effettuare il pagamento mediante addebito diretto su conto corrente. In tal caso l'iscritto può optare per una delle seguenti forme di versamento:

- unica soluzione (31 ottobre 2019);
- due rate (31 ottobre e 31 dicembre 2019);
- cinque rate (31 ottobre, 31 dicembre 2019, 28 febbraio, 30 aprile e 30 giugno 2020).

Qualora la scadenza della rata dell'addebito diretto (SDD) del 31 dicembre coincidesse con un giorno festivo, gli importi verranno prelevati il giorno precedente per garantire la deducibilità fiscale delle somme corrisposte. Le rate versate nell'anno successivo a quello in cui è dovuto il contributo sono maggiorate degli interessi legali. L'opzione di addebito diretto si estende automaticamente anche al versamento del contributo di Quota A.

Note

I contributi proporzionali al reddito sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF. L'istanza di ammissione alla contribuzione ridotta deve

essere formalizzata entro il 31 luglio 2019, altrimenti si intende riferita ai redditi denunciati per l'annualità immediatamente successiva. L'iscritto che contribuisce in misura ridotta può chiedere, entro il suddetto termine, di versare il contributo in misura intera. L'opzione è **irrevocabile**.

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

Enpam. Proroga al 30 settembre per presentazione Modello D per medici e dentisti forfetari e soggetti Isa

Il rinvio si è reso necessario a seguito delle misure contenute nel Dl Crescita. L'Enpam ha deciso di rinviare al 30 settembre il termine per presentare il modello D per tutti i medici e gli odontoiatri che si sono visti prorogare le scadenze per il pagamento delle imposte.

“Il decreto legge ‘Crescita’ – evidenzia l'Ente previdenziale - ha infatti stabilito che chi esercita un'attività economica per la quale esiste un Isa (indice sintetico di affidabilità fiscale, cioè gli ex studi di settore) può beneficiare di una proroga al 30 settem-

bre per i pagamenti fiscali. La conseguenza è che i liberi professionisti che fanno i conteggi per le tasse in vista del 30 settembre, difficilmente avranno i dati pronti da dichiarare all'Enpam entro la normale scadenza del 31 luglio. Da qui l'opportunità di consentire la compilazione del modello D, senza sanzioni, entro il 30 settembre”.

Il rinvio dell'adempimento riguarda sia i medici e gli odontoiatri soggetti ad Isa, ma anche coloro che non li applicano pur avendo un reddito al di sotto della soglia massima prevista.

Verranno dunque rimandati a settembre anche i professionisti con regimi forfetari o con la flat tax al 5 cento.

Per chi non vale la proroga

La scadenza rimane al 31 luglio, ad esempio, per i medici che fanno esclusivamente attività libero professionale intramoenia e per gli iscritti ai corsi di formazione in medicina generale.

Tendenzialmente, cioè, dovrebbe comunque compilare il modello D entro luglio chi ha diritto di pagare i contributi Enpam al 2 per cento.

In memoria della dott.ssa FLAVIA FORMENTI 1954-2019

Sento il dovere di ricordare Flavia, una collega che credeva nella professione. È doveroso e nel contempo doloroso, scrivere queste poche righe, in ricordo di una collega che ci ha lasciato così, improvvisamente e tragicamente.

FLAVIA FORMENTI, era anestesista da ben più di 30 anni all'Ospedale di Borgo Trento. Per me è stata

un punto di riferimento. Sempre disponibile per un confronto, un aiuto, per aiutarmi a risolvere i problemi dei pazienti in stato di grave fragilità clinica.

La sua la potremmo definire una "morte sul lavoro", dal momento che è stata in turno fino a poche ore dall'evento fatale. Ha svolto i suoi compiti fino all'ultimo anche tra le difficoltà fisiche che negli ultimi tempi si erano accentuate ed erano ormai evidenti. Anteponeva la cura della gente persino alla sua salute. Capita anche a qualcuno di noi quello di anteporre la missione di cura verso i pazienti, alla cura della nostra salute; di dover per quella rinunciare alla nostra vita privata e persino al nostro benessere.

Davanti alla sua tragica fine è d'obbligo fermarsi. La nostra è una categoria spesso bersagliata

da critiche e accuse che partono spesso dai pazienti, dai parenti dei pazienti, dalle gente comune. Ci si chiede di essere la "colonna portante" del sistema sanitario pubblico. Ma poi il merito di riuscire a farlo, nelle ristrettezze imposteci dall'economia del sistema, non ci viene riconosciuto. Orari massacranti, mancati recuperi, vita da equilibristi del vivere quotidiano.

Fino a quando l'età comincia a fare sentire i primi cedimenti. Anche allora, non ci si può fermare, bisogna andare avanti...

Riconosciamole perlomeno ora che questo impegno 'ha assolto, fino alla fine. Che la sua dipartita ci faccia riflettere, e ci ricordi che esistono anche i nostri diritti e la nostra dignità.

Dottorressa Franca Mirandola

MEDICINA GENERALE

Storie e Clinica della pratica quotidiana

Curato da un gruppo di Medici di Medicina Generale: Sandro Girotto, Gio Batta Gottardi, Umberto De Conto, Gianluigi Passerini e Franco Cavin.

Il libro è un'opera corale, risultato di una serie di incontri, scambi di idee, storie professionali, letture e interessi diversificati, ma accomunati da amici-

zia e rispetto reciproco. Nasce dall'incontro con i pazienti, frutto di anni di lavoro, riflessioni personali e collettive, di giornate passate in ambulatorio o a casa dei pazienti. Si rivolge al lettore interessato all'universo della Medicina di Famiglia, per scoprirne aspetti particolari, approfondire temi, risvolti e sguardi sulla realtà che incontra il medico di Famiglia.

Essere Medico di Famiglia è un dono, a volte inatteso, a volte perseguito, ma è un dono della cui essenza e specificità ci si accorge dopo anni di lavoro. Più passano gli anni e più ci si immerge nel profondo dell'umanità dei pazienti che si incontrano.

Il testo raccoglie una cinquantina di Casi Clinici ed analizza temi e problemi della pratica quotidiana, cercando di "raccontare il lavoro" in tutti i suoi aspetti, umani e professionali. I casi sono messi in ordine sparso, proprio come si presentano tutti i giorni in ambulatorio portati dai pazienti.

I problemi affrontati sono quelli che con più frequenza si presentano in ambulatorio: dal dolore toracico allo scompenso cardiaco, la spalla o il ginocchio dolente, la lombalgia e l'artralgia, la tosse e la BPCO, l'occhio rosso e la cefalea. Etc.etc....

Molti i Medici di Famiglia Veronesi tra gli autori dei capitoli.

ROBERTO MORA

