

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

**Giornata del Medico
e dell'Odontoiatra Veronese** pag. 14

**Scelte di cura anticipate in patologie
croniche evolutive: la pianificazione
condivisa delle cure (PCC)** pag. 41

**Un Commento Medico Legale
in tema di "Suicidio Assistito"** pag. 43

4

**DICEMBRE
2019**

VERONA MEDICA

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

Anno LIV n. 4 DICEMBRE 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 Marchioreto
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
Natale

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'odontoiatra è un medico*

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 5** *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*
10 *Assemblea degli Iscritti del 9 novembre 2019*
14 *Giornata del Medico e dell'Odontoiatra Veronese*
21 *Relazioni sulle attività delle Commissioni Ordinarie durante l'anno 2019*

ALBO ODONTOIATRI

27 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

LETTERE

- 28** *Una nuova nota AIFA: la 96*
29 *Congedo ...*

AGGIORNAMENTO

- 30** *L'assistenza sanitaria agli ospiti anziani non Autosufficienti dei centri di servizi dell'auls 9 Scaligera*
37 *Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza*
 Aggiornamento novembre 2019

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

41 *Scelte di cura anticipate in patologie croniche evolutive: la pianificazione condivisa delle cure (PCC)*

PROFESSIONE E LEGGE

- 43** *Un Commento Medico Legale in tema di "Suicidio Assistito"*
45 *Responsabilità Medici Specializzandi*

45 *Non sussiste l'IRAP per la medicina di gruppo*

ATTUALITÀ

- 46** *Diagnostica di primo livello dal medico di famiglia*
47 *Da Amazon a BigG, i colossi del web alla ricerca di dati sanitari. Li cercano e spesso li trovano*
48 *Entro il 2030 saranno circa 130 mila i medici di cui si avrà bisogno in Italia*
49 *Più email tra medici e pazienti uguale meno relazione tra medici?*

STORIA DELLA MEDICINA

50 *Dai 'vermi di maggio' un farmaco miracoloso contro i morsi dei cani arrabbiati*

FNOMCeO

- 55** *Attivazione Dossier formativo di gruppo della FNOMCeO per il triennio 2017-2019*
56 *La resistenza agli antibiotici emergenza mondiale: la Fnomceo lancia un corso sulla corretta gestione*
57 *Udienza alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, 20.09.2019*

ENPAM

- 58** *ENPAM: Approvato il Bilancio preventivo 2020*
59 *Anni di specializzazione, ok a ricongiunzione*
60 *Perché preferire la ricongiunzione al cumulo*
60 *Stefano Falcinelli è il nuovo vicepresidente dell'Ente*
61 *La salute integrativa per i medici e i dentisti*

SINDACATI MEDICI

62 *Il camper frutta 235 milioni di euro ai medici di famiglia*

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'odontoiatra è un medico

Per fare il politico, come si dice in un video di Milena Gabanelli che nelle scorse girò vorticosamente sul web, non occorrono titoli di studio. Nessuna legge lo prevede. La giornalista propone addirittura di lanciare su quest'argomento un referendum popolare, per rendere obbligatorio un minimo di titolo di studio competente. Ma ovvio che sarebbe certamente cassato. Figurarsi se il potere politico accetterebbe una simile mannaia agitata sul suo potere !

Per fare l'odontoiatra, invece, il titolo di studio occorre Eccome ! Occorre una laurea in "odontoiatria e protesi dentaria". Titolo di studio che richiede ben sei anni di università e che richiede il superamento di esami quali fisica, istologia, informatica, ed anche biochimica, fisiologia, microbiologia, anatomia patologica e simili. Una laurea, quindi, specifica, ma ricca di punti di contatto con la laurea in medicina. E difatti medici e odontoiatri, nel corso dell'ormai tradizionale "Giornata del medico e dell'odontoiatra", giurano insieme il rispetto delle regole scritte da Ippocrate nel lontano IV secolo a.c. Finalmente oggi, dopo molti anni, nero su bianco, troviamo scritto che l'"odontoiatra" è un "medico". E medico è definito nel dizionario come "persona o cosa che può portare rimedio a mali fisici o morali".

All'odontoiatra, quindi, vengono attribuite capacità professionali che non possono essere ritenute, come dire, fini a se stesse, ma che rivestono aspetti etici e morali ben più ampi e degni di considerazione. Purtroppo però la nostra società, globalizzata e indirizzata verso la commercializzazione di tutto, ne ha stravolto, spesso, ma per fortuna non sempre, i caratteri. In una realtà commerciale che esercita invincibili pressioni verso il pubblico, specificatamente il cittadino malato e quindi bisognoso, molti professionisti non hanno saputo cogliere l'aspetto del buon sapere. Pur superando il desueto atteggiamento paternalistico

che nel passato contraddistingueva l'azione del medico, questi professionisti, medici odontoiatri, anziché cogliere gli aspetti umani del rinnovamento, ne hanno colto solo gli aspetti commerciali ed economici fondando su di essi il loro operato. Senza sottacere che nello sviluppo e aggiornamento della professione che si sviluppava, soggetti di capitale, società e investitori più o meno privi di scrupoli, hanno colto l'opportunità offerta dalla pletera professionale aggregando e sfruttando i giovani laureati sul mercato del lavoro. E sono nate le cosiddette "cliniche low cost".

L'odontoiatria, in un mondo sempre più governato dalla tecnologia, dalla robotica, dall'elettronica, non è rimasta indietro. La cura della bocca e dei suoi organi vicini, è stata e spesso ancora è, all'avanguardia nell'uso di raffinate tecnologia di biorobotica, meccatronica, ingegneria genetica eccetera. Che sia attivo quindi un mondo dedicato alla ricerca, in luoghi deputati, non ci stupisce, col tempo i vantaggi di tali tecnologie saranno accessibili nella quotidianità a beneficio di tutti. È scienza. Non è scienza invece, e non può esserlo, la concorrenza professionale basata non sul sapere, sul "essere medico", ma sui prezzi, sul commercio, sul business. Lo svilimento commerciale della professione, offerta a suon di sconti, di promozioni, di promesse che neanche il gatto e la volpe, è quotidianità e svilisce una professione che ben altro merita. È la guerra sulla pubblicità. Sinteticamente occorre stabilire se la libera professione in sanità debba essere guidata dalle regole della deontologia o dalle regole del mercato. Essendo la salute un bene protetto la risposta mi pare assai ovvia, ma non pare sia così per tutti.

Ippocrate e il suo giuramento, il Codice Deontologico e i suoi articoli, con facilità cadono nel dimenticatoio. Il guadagno fa agio su etica e onestà. La trasparenza è l'ultimo dei pensieri.



Per eventuali inciampi ci penseranno assicurazioni e avvocati. È questo che vogliamo? No ovviamente, la risposta è certamente un no. Per ottenerlo facciamo un'ultima riflessione.

Le leggi, come le leggi dello stato, sono necessarie per delimitare i confini del lecito e dell'illecito. Non è però possibile, diviene quasi un accanimento, cercare di definire tutto. Innumerevoli le situazioni vigenti, non si può prevedere ogni aspetto della vita lavorativa. E non sarebbe nemmeno dignitoso. I concetti di ciò che è giusto o sbagliato albergano, o almeno dovrebbero, nella nostra coscienza. Già gli antichi filosofi greci avevano ribadito più e più volte che la giustizia è rappresentata da un limite, a volte dettato dagli dei, a volte dallo stato. Ma già Platone sosteneva che la realizzazione della giustizia non è compito della legge, piuttosto è compito dell'educazione, nel significato ampio e segnatamente politico che il termine assume. Platone avrebbe soddisfazione ai giorni nostri?

Vi lascio il dubbio ma, a fronte dei numerosi tentennamenti testimoniati dal disordine etico che la medicina deve affrontare, in campo pubblicitario, oppure per i malaugurati errori imputabili al dott. Google, oppure quando sciagurate medicine "alternative" profondamente incidono sulla salute soprattutto dei deboli e dei bambini, mi auguro e mi adopero affinché l'educazione di etica e morale, quella impartita agli studenti, sia riconosciuta come un sapere necessario e non complementare.

ELENA BOSCAGIN

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE
DI CONSIGLIO
DEL 23 LUGLIO 2019**

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

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

Assenti giustificati: Guglielmi, Carrara, Facincani, Elio.

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

1) LETTURA ED 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.

- 3) RICHIESTE DI REISCRIZIONE per cancellazioni avvenute per morosità e irreperibilità XX E XY

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Dott.ssa KHOUYYI Marieme
Dott. CONTI Alessandro
Dott. SALVATORE Giulio

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. DI GAETA Giuseppe
da Omceo Napoli
Dott.ssa GJERMENI Odenca
da Omceo Ancona

Reiscrizione:

Dott. ZICCARDI Antonio
Dott. WILL Peter

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

ODONTOIATRI

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

numerosi colleghi neo abilitati hanno richiesto di essere iscritti all' Ordine il 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' OMGeO 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 - Non dar luogo a procedere

VERBALE CONSIGLIO TELEMATICO DEL 6 AGOSTO 2019

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGHICI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott.ssa ALBI Cecilia
Dott.ssa AVESANI Barbara
Dott. BADOCCHI Jacopo
Dott.ssa BENEDETTI Giorgia
Dott.ssa BOTTARO Laura
Dott. BRAGGIO Michele
Dott. CACCIATORI Nicolò
Dott.ssa CAMPAGNARI Valentina
Dott.ssa ERBOGASTO Anna
Dott.ssa GIULIANELLI Giulia
Dott.ssa IONTA Alessandra
Dott.ssa LEONI Ginevra
Dott. MERCANTI Matteo
Dott.ssa MONTRESOR Sara
Dott.ssa PERINON Anna
Dott.ssa RAMON Elisa
Dott.ssa RONCARI Martina

Dott.ssa ROTTA Denise
Dott. SGANZERLA Federico
Dott.ssa VECCHIETTI Ilaria
Dott. VIGNOLA Alessandro
Dott. VITTONI Giulio
Dott.ssa ZAMPIERI Federica
Dott.ssa ZANDONA' Elena
Dott.ssa ZANETTI Elisa

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa DALLA GASSA
Alessandra da Omceo Vicenza
Dott. LUCCHINI Claudio Ernesto
Camillo da Omceo Milano

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. CANNISTRA' Antonino
Vs Omceo Brescia
Dott. PERU Matteo Vs Omceo Trieste
Dott. TOTI Tullio Vs Omceo Milano

ODONTOIATRI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa SHAHINI Klaudeta
da Omceo Forlì-Cesena

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. CANNISTRA' Antonino
Vs Omceo Brescia
Dott. TOTI Tullio Vs Omceo Milano

Il consiglio approva all'unanimità.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 3 SETTEMBRE 2019

Consiglieri presenti: Rugiu, Cordioli, Pastori, Peruzzini, Salvatore, Accordini, Mirandola, Bovolin, Musso, Orcalli, Guglielmi, Cirillo.
Revisori dei Conti: Bertaso, Bonetti, Tomezzoli, Braga.
Assenti giustificati: Carrara, Elio, Boscagin, Marchioretto.
Partecipano alla riunione del Consiglio: la funzionaria amministrativa Maffioli, 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:

Voglio ora raccontarvi che cosa è successo nelle ultime settimane, da ferragosto a metà settembre.

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.

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.

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

La nostra preoccupazione fu pienamente condivisa e sostenuta dalle Università di Padova e Verona che identificavano nell'imbuto 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.

A distanza di pochi giorni, gli Ordini dei Medici furono ricevuti in Regione. 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.

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 trovarono attorno a un tavolo per iniziare un percorso di confronto, programmazione, condivisione delle scelte e ricerca di proposte di soluzioni operative capaci di risolvere le carenze straordinarie.

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

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.

Mi preme infine aggiungere che l'11 settembre 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.

In conclusione,

- 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.

3) PRESENTAZIONE PAGINA FACEBOOK:

Il Presidente accoglie la sig.ra Laura Perina addetta stampa la quale si è proposta di progettare una pagina Facebook e la illustra al consiglio come verrà formata.

Il consiglio dopo aver chiesto il supporto alla d.ssa Musso approva la proposta all'unanimità.

Il Presidente comunica che l'addetta stampa ha preparato una intervista alla Tesoriera nella quale vengono illustrati il bilancio ed i relativi costi per la gestione dell'Ordine. Tale documento verrà pubblicato sul prossimo numero di Verona Medica.

4) PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO 2020

Il Tesoriere prende la parola e spiega

le voci di bilancio, il quale è già stato illustrato ai revisori dei conti, passa quindi la parola al dott. Accordini il quale segnala dettagliatamente le varie poste contabili.

5) PROPOSTA DI ABBONAMENTO A "Up to date" PER IL 2020

Il Presidente riferisce la richiesta di alcuni iscritti che hanno espresso il desiderio di poter avere una biblioteca informatica consultabile.

Interviene il tesoriere il quale fa presente che tale servizio può essere attivato per la durata di un anno, con scadenza al 20 settembre 2020. Il costo annuale si aggirerà su 20.000 Euro, il consiglio approva.

6) DELIBERE AMMINISTRATIVE:

Interviene il revisore legale Cerioni il quale dopo una breve illustrazione i fa presente che tale delibera è stata predisposta accorpando le voci di spesa relative agli ultimi 4 mesi, il consiglio approva

7) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott. ssa GIACOMAZZI Chiara
Dott. RIZZOTTO Lorenzo
Dott.ssa SABAINI Cecilia

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa CHINDEMI Chiara
da Omceo Roma
Dott. MOTTA Enrico da Omceo
Mantova

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott.ssa AZZARONE Carlotta
Vs Omceo Bologna
Dott. AZZOLINI Mauro
Vs Omceo Mantova
Dott. FURNARI Andrea
Vs Omceo Torino
Dott. LAZZAROTTO Maurizio
Vs Omceo Vicenza
Dott. MOZZO Nicola Vs Omceo
Mantova
Dott. RAHMATI Mojtaba
vs Omceo Vicenza

Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa PIASERE Valeria

ODONTOIATRI

Doppia iscrizione:

Dott. PANCERA Paolo

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. AZZOLINI Mauro Vs
Omceo Mantova
Dott. LOZZI Massimo Vs Omceo
Cremona
Dott. MOZZO Nicola Vs Omceo
Mantova
Dott.ssa URBANI Veronica Vs
Omceo Trento

8) Varie ed eventuali

Il Presidente ringrazia la d.ssa Braga per aver accettato di far parte del consiglio di disciplina dell'ULSS9 quale specialista ambulatoriale.

Il Presidente cede la parola al dott. Cirillo il quale interviene in merito al questionario, già precedentemente inviato al DPO. Tale documento può essere pubblicato e rimarrà in visione sul sito dell'Ordine per almeno 2 settimane; il consiglio approva.

Segue l'intervento del Presidente il quale chiede ai referenti della commissione di preparare in word un anno di attività svolta nei loro incarichi. Tale dati verranno inseriti nel sito Interviene quindi il dott. Orcalli che illustra i convegni in programma che si terranno all'Accademia e all'Ordine ed un convegno programmato dalla Federspev avente quale oggetto le pensioni dei medici ospedalieri.

Prosegue il suo intervento spiegando i problemi sulle DAT e chiede che il dott. Moretto si faccia portavoce per un documento chiaro da proporre al malato da condividere con le ULSS e l'Ordine degli Avvocati.

Il Presidente comunica che il 15 ottobre è programmato l'incontro con i giovani medici neo abilitati alle ore 19.00 ed a seguire, l'incontro con i sindacati medici veronesi alle ore 20.30.

9) Relazioni Istruttorie

1. N. 1 apertura procedimento disciplinare
2. N. 3 non dar luogo a procedere

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

Assemblea degli Iscritti del 9 novembre 2019

Relazione del Presidente

Si è tenuta nella mattinata di sabato 9 novembre u.s. l'Assemblea degli Iscritti all'Ordine. In quella sede si sono approvati i bilanci consuntivo 2018 e quello preventivo 2019. Nell'occasione il Presidente Carlo Ruggiu ha fatto il punto sulle attività dell'Ordine nel corso del 2019. Questo il suo intervento.

Care Colleghe e cari Colleghi, ho scelto di fare il punto sulle varie attività che si sono svolte in questo 2019, nelle varie commissioni che lavorano all'interno a fianco dell'Ordine e delle numerose collaborazioni che abbiamo avviato.

Per quanto riguarda la vivace attività svolta dalle commissioni, poiché essa è stata sintetizzata dai vari coordinatori in un altro articolo del nostro bollettino, Vi rimando alla lettura di quella parte.

Al di là dei lavori delle commissioni, una importante attività è stata svolta in collaborazione col Tribunale di Verona e con l'Ordine degli Avvocati, dai Consiglieri Orcalli e Zattoni, per rivedere e rinnovare le modalità di iscrizione agli albi CTU: è stato stilato un nuovo protocollo di collaborazione firmato nel giugno scorso con la Presidente del Tribunale.

È proseguita sempre cordiale e attiva la collaborazione con FEDERSPEV e AMMI. È continuata anche quest'anno l'attività di formazione e di diffusione della cultura delle Medical Humanities a cura dei componenti della Commissione di Bioetica, che hanno ripetuto il corso e lo hanno declinato in forme diverse a seconda dei differenti contesti.

La Commissione di Bioetica dell'Ordine – sotto la presidenza del dott. Bonadonna - si è fatta promotrice di organizzare un incontro congiunto con il Comitato di bioetica della AULSS Scaligera e della AOUI – aperto alla cittadinanza - che si è svolto alla fine di novembre in sala Marani.

Essa inoltre sta attivamente lavorando alla formulazione di un documento di rilettura di un gruppo di tesine scritte da Ivan Cavicchi, secondo quanto richiestoci dal Presidente Anelli in seno alla FNOMCeO, la quale ha focalizzato parte della sua attività nel corrente anno sulla discussione sugli STATI GENERALI DELLA PROFESSIONE, prendendo spunto dal libro di Ivan Cavicchi.

Avevamo detto l'anno scorso che l'Ordine deve aprirsi alla città, alle altre professioni, alle istituzioni cittadine, quali la Biblioteca Capitolare, l'Accademia di agricoltura Scienze e Lettere.

L'Ordine ha inoltre dato il patrocinio ad una ricerca fotografica sui "Luoghi del ventennio a Verona", che ha prodotto un libro ed una mostra fotografica alla biblioteca di Via Cappello. Sono continuati gli incontri, già tenutisi in passato, con le varie sigle sindacali riunitesi attorno al nostro tavolo due volte all'anno. Considero questa una esperienza molto utile e costruttiva che cercheremo di proseguire in futuro.

Inoltre, per la prima volta si è tenuto nella nostra sede un incontro con Amministratori locali, Sindaci, Consiglieri Regionali, rappresentanti della conferenza dei Sindaci, Rappresentanti della AULSS 9 Scaligera e MMG sul tema "Criticità della Medicina Generale nel territorio della provincia di Verona".

Abbiamo avuto il piacere di ricevere in sede il Presidente della Scuola di Medicina, prof. Domenico de Leo, e il Magnifico Rettore, Prof. Pierfrancesco Nocini, che sono venuti a presentarsi al Consiglio: in tali occasioni entrambi hanno delineato le linee programmatiche del loro mandato. Ritengo che questi incontri possano facilitare la collaborazione, già avviata nei mesi scorsi con i vertici dell'Ateneo.

È stata avviata una collaborazione con il Comune di Verona, in particolare con l'Assessorato alle Pari Opportunità (Referente Avv.to Briani): è stato creato un tavolo di lavoro avente come oggetto "La violenza sulle donne", al quale sono state delegate le dottoresse Braga e Tomezzoli.

L'attività della Federazione Regionale degli Ordini è stata continua, e scandita da frequenti riunioni fra i Presidenti degli OMCeO Veneti, con incontri sia in Regione Veneto, sia con i rappresentanti degli Atenei Veneti, che con le varie sigle sindacali. Come sapete è stata una calda estate, nel corso della quale abbiamo cercato di fare fronte comune e di trovare una soluzione alternativa alle famose delibere della regione Veneto del 14 Agosto.

Argomento "Vaccinazioni": la posizione dell'OMCeO di Verona di fronte alle uscite dei no-vax è ferma e assolutamente contraria a posizioni antivacciniste da parte di quei Medici che non si attengono alle disposizioni di legge o diano un'informazione non veritiera/fuorviante/incompleta alla popolazione; per questi medici il Consiglio di disciplina sarà severo, come lo è già stato in passato.

Spero abbiate apprezzato che finalmente, come promesso, abbiamo

un nuovo portale dell'Ordine che mi auguro sia di Vostro gradimento, con la speranza che possa diventare un'agile interfaccia tra gli Iscritti e l'Ordine.

Infine, il Consiglio ha recentemente approvato l'abbonamento annuale ad "Up to date" una importante risorsa scientifica a disposizione di tutti gli Iscritti. UpToDate® Advanced è uno strumento EBM di supporto alle decisioni cliniche associato ad un miglioramento negli esiti clinici, a una diminuzione della variabilità nelle prestazioni, a un miglioramento nell'efficienza e a una diminuzione dei costi delle prestazioni sanitarie

Infine, nell'ottica di facilitare le comunicazioni con i nostri iscritti, sarà possibile trovarci anche su Facebook.

Ed eccoci ai ringraziamenti: ringrazio tutti i componenti il Direttivo e il Consiglio dell'Ordine e tutti i Colleghi che lavorano attivamente nelle Commissioni.

La mia è una funzione di coordinamento di vari Professionisti, ai quali sono profondamente grato per tutto quello che fanno.

Ringrazio tutti i nostri Collaboratori, in primis l'avvocato Gobbi, per il suo costante appoggio, la sua puntuale disponibilità, per la sua competenza; la prof.ssa Bortolotti, sempre disponibile e pronta nel darci il suo prezioso parere quando ne abbiamo bisogno e tutti i Collaboratori dell'Ordine.

Ringrazio il Personale di Segreteria: Rosanna, Virna, Alessandra, Elisabetta e Barbara e la nostra addetta stampa, dottoressa Laura Perina.

Infine, lo lascio per ultimo, ma solo perché voglio dedicargli un po' più di attenzione, vorrei riservare qualche parola al nostro Revisore legale Paolo Cerioni che va in pensione dopo 37 anni di onorato servizio.

Paolo Cerioni ha rappresentato per moltissimi Medici e Odontoiatri Veronesi il costante punto di riferimen-

to all'Ordine, che se da una lato ha rappresentato per lui la seconda (o la prima ?) casa, da un altro ha servito con spirito di abnegazione e senso del dovere che trovano origine nella sua formazione militare. Tutti noi, Medici e Odontoiatri Veronesi, che io oggi qui rappresento, gli siamo grati e riconoscenti per quello che ha fatto e ha dato all'Ordine e a tutti noi.

Concludendo, sto cercando di realizzare le cose che mi ero prefissato due anni fa, e direi che incominciamo a vedere i risultati della nostra attività. Certo, è facile sbagliare, e a questo proposito quello che chiedo a tutte le Colleghe e i Colleghi è di aiutarmi nelle scelte, inviandomi suggerimenti, critiche e consigli. Le vostre mail (segreteria@omceovr.it) saranno sempre ben accette ed utili per indirizzare al meglio il mio impegnativo compito.

CARLO RUGIU
PRESIDENTE OMCEO VERONA

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

Relazione del Tesoriere

Innanzitutto un grande ringraziamento a tutti coloro che rendono possibile il lavoro del Tesoriere,; senza il contributo di tutti sarebbe impossibile portare avanti questo compito.

Passo ora ad illustrare il **bilancio consuntivo esercizio 2018** presentato e discusso con i Revisori dei Conti approvato durante l'ultimo Consiglio e validato dalla d.ssa Manicardi commercialista iscritta all'Albo dei Revisori Contabili.

L'avanzo di amministrazione al 31/12/17 ammontava a 199.730,24 euro anche merito del grande lavoro operato dal personale di segreteria per recuperare le quote non versate nel 2018 e negli anni precedenti.

- **Totale entrate 1.529.061,85**

Titolo I entrate contributive 1.037.148,56 comprendenti le quote associative, i contributi per l'utilizzo della sala, i contributi ricevuti dall'ENPAM per le consulenze pensionistiche, ecc

Titolo V entrate per partite di giro 292.183,05 fanno parte di questa voce tutte le transazioni poste in essere per conto di altri soggetti in assenza di qualsiasi discrezionalità ed autonomia decisionale da parte dell'ente come le quote da versare alla FNOMCEO, le ritenute erariali, INPS, sindacali, scissione contabile dell'IVA

- **Totale uscite 1.303.762,67**

Titolo I spese correnti 758.559,49. Fanno parte di questa voce le spese per il Consiglio e le indennità di carica 144.047,68, quelle per la pubblicità e per la giornata del Medico e dell'Odontoiatra 16.183,11, le spese per il personale 260.379,09, per i consulenti 159.077,80, per il funzionamento della sede 34.118,96+62.329,50 come le pulizie, le spese condominiali, la luce, il gas, nonché le spese postali e telefoniche, la cancelleria, ecc

Titolo II spese per conto capitale 218.386,70 acquisto apparecchiature e procedure informatiche, accantonamento per TFR dipendenti, rata annuale estinzione del mutuo (174.380,54)

Titolo IV uscite per partite di giro 326.816,48 che risultano essere maggiori di quelle in entrata in quanto nel corso del 2018 sono stati versati dei contributi relativi all'anno 2017.

Dopo discussione l'assemblea approva il bilancio consuntivo dell'esercizio 2018

Passo ora ad illustrare il **bilancio preventivo esercizio 2020** presentato e discusso con i Revisori dei Conti e approvato durante l'ultimo Consiglio validato e dalla d.ssa Manicardi commercialista iscritta all'Albo dei Revisori Contabili. Durante questo anno abbiamo cercato di rivedere molte voci di spese operando una ridistribuzione delle risorse per offrire più servizi agli iscritti.

L'avanzo di amministrazione presunto al 31/12/19 ammonterà a 225.000 euro anche grazie al continuo recupero delle quote non versate.

- **Totale entrate 1.546.300,00**

Titolo I entrate correnti 1.283.700,00 che corrispondono ai contributi associativi che dal 2019 sono stati modificati riducendo le quote a 100 euro per i colleghi sotto i 30 anni di età, 150 euro dai 30 ai 35 e dai 71 ai 75, iscritti con 50 anni di laurea esenti dal versamento. In questa voce compaiono i contributi per l'utilizzo della sala, i contributi ricevuti dall'ENPAM per le consulenze pensionistiche, ecc

Titolo III entrate per partite di giro 262.600,00 che comprendono le quote da versare alla FNOMCEO, le ritenute erariali, INPS, sindacali, scissione contabile dell'IVA.

- **Totale uscite 1.265.481,00**

Titolo I spese correnti 787.500,00. Fanno parte di questa voce le spese per il Consiglio e le indennità di carica e anche quelle per le elezioni che

avverranno nel 2020: 171.000,00; le spese di rappresentanza compresa la giornata del Medico e dell'Odontoiatra: 21.000,00; quelle per la promozione culturale e l'organizzazione di eventi 10.000,00; le spese per pubblicazioni 7500,00 molto ridotte col passaggio di Verona Medica in forma digitale; le spese per il personale 283.000,00; le spese per i consulenti legali, fiscali, DPO, ecc: 85.000,00; le spese per la sede 64.500,00; i fondi di riserva per spese impreviste e per stanziamenti insufficienti: 60.000,00.

Titolo II spese in conto capitale 215.381,00 di cui fanno parte le spese per il miglioramento dell'immobile, per l'acquisto di macchine ed attrezzature, procedure informatiche, l'accantonamento del TFR, e la rata per l'estinzione mutuo (174.381,00).

Titolo III uscite per partite di giro 262.600,00.

Avanzo presunto al 31/12/2020 280.819,00.

Dopo discussione l'assemblea approva il bilancio preventivo dell'esercizio 2020.

Visto l'avanzo presunto, e il lavoro di redistribuzione delle risorse che continuerà anche nel 2020 propongo all'assemblea una ulteriore riduzione delle quote associative per i colleghi dai 30 a i 35 anni portandola a 100 euro. La proposta è stata già approvata dall'ultimo Consiglio. L'assemblea approva all'unanimità.

Sottopongo all'assemblea il problema dei colleghi che non pagano la quota associativa che, grazie all'ottimo lavoro del personale di segreteria, si sta ridimensionando. L'iscrizione all'Ordine è obbligatoria per legge, ma è anche una questione di rispetto nei confronti di tutti i colleghi che versano regolarmente la quota.

Propongo l'applicazione di una mora del 10% da applicare sulla quota non pagata dopo il 01 luglio. Anche questa proposta è stata approvata dall'ultimo Consiglio. L'assemblea approva all'unanimità.

CATERINA PASTORI
TESORIERE OMCEO VERONA

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

Giornata del Medico e dell'Odontoiatra Veronese

È stata celebrata sabato 9 Novembre, alla Gran Guardia, la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra Veronese. Premianti 19 Medici che hanno raggiunto i 50 anni di laurea. Con loro festeggiati quasi 147 Medici chirurghi (presenti 132) e 17 odontoiatri (presenti 12) nuovi colleghi, laureatisi ed iscritti all'Ordine nel corso del 2019, che hanno pronunciato il loro giuramento professionale. Una sala, ancora una volta, piena.

Circa 700 i presenti per una giornata di festa e di orgoglio professionale che ha dimostrato che essere Medico e/o Odontoiatra è ancora un'emozione. La cerimonia è iniziata alle 16.00 con l'esecuzione dell'Inno Nazionale suonato dalla Banda di Peschiera del Garda che ha allietato la manifestazione con alcuni brani musicali. All'inizio della cerimonia la commemorazione dei colleghi che ci hanno lasciato nel corso dell'anno. Ecco i loro nomi:

Dott. ALTIERI MENINO
Dott. ASIELEH MOH'D HATEM
Prof. BANTERLE CLAUDIO

Dott. BARBIERI ROBERTO
Dott. BRAGANTINI PIERLUIGI
Dott. BUONANNO CARLO
Prof. CHIEREGO GUIDO
Dott. FACCINI MARCO
Dott. FAINA ANTON GHEORGHE
Dott. FAVILLA UMBERTO
D.ssa FORMENTI FLAVIA
Prof. LUPO ANTONIO
Dott. MARCHI GIORGIO
Prof. MONTEMEZZI LUIGI
Prof. MOZZO WALTER
Dott. NICOLIS ALBERTO
Dott. PASETTO GERARDO
Dott. PASSILONGO ARNALDO
Dott. PASSUELLO FLAVIO
Prof. PECORARI DOMENICO
D.ssa PIASERE VALERIA
Dott. PISETTA CANDIDO
Dott. PISTAFFA ELVIO
Dott. ROMAGNOLI ROBERTO
D.ssa SACCHETTO AIDA
Dr.ssa SARTORI VALENTINA
D.ssa SCIMONE GIUSEPPINA
D.ssa SPINOSA GIOVANNA
Dott. TRAVAGLIATI VITTORIO
Dott. VESENTINI RAFFAELE
Dott. VISCO GIANCARLO
Prof. ZERBINI ENNIO
Prof. ZERMAN ANDREA

Sono stati premiati i colleghi che hanno raggiunto il loro 50° anno di laurea. Ecco i loro nomi:

Prof. ROBERTO ALDEGHERI
Dott. LUIGI ALTAFINI
D.ssa ADRIANA BA
Dott. LUIGI BARONI
Prof. MARIA ANTONIETTA BASSETTO
Dott. CORRADO INNOCENZO BATTAGLIA
Dott. RENATO BRICOLO
Dott. SILVIO CARBOGNIN
Dott. LUIGI CAVARZERE
Dott. GIANTONIO CAZZOLA
Dott. CESARE AUGUSTO CHIAMENTI
D.ssa MARIA PIA CONTI
Dott. ROBERTO CRIVELLARO
Prof. GIOVANTONIO FARELLO
D.ssa ROBERTA LORENZINI
Dott. VINICIO LUCIDI
Dott. FRANCO MARINI
Dott. ANTONINO MINERVA
Dott. RENATO MUSOLA
Dott. FLAVIO NOSE'
Prof. FRANCO PAJNO FERRARA
Dott. GAETANO PANNONE
Prof. PAOLO PEDERZOLI
Prof. MARCO PEDUZZI
Dott. STEFANO PERINI
Dott. MASSIMO PIRONDI
Prof. GIOVANNI PIZZOLO
Dott. DOMENICO PUCCI
Dott. GUIDO RASCHELLA'
Dott. GUGLIELMO RIBERTI
Dott. GINO RIGOTTI
Dott. ADOLFO SERRIPIERRO
Dott. ERMANNIO SOLDINGER
Dott. SERGIO TURAZZI



I Premiati per i 50 anni di laurea

La loro presenza ha costituito un ideale passaggio di testimone ai giovani medici che hanno espresso il loro giuramento in forma solenne con la formula che è stata riportata negli attestati che sono stati loro consegnati dal Presidente dell'Ordine dei Medici Dr. Carlo Rugiu e dal Presidente della Commissione Albo Odontoiatri Dr.ssa Elena Boscagin.

Ecco il nome dei nostri nuovi colleghi:

Dott.ssa ADAMO ZENO
 Dott.ssa ALBI CECILIA
 Dott.ssa ALDRIGHETTI LEONARDO
 Dott.ssa ANDREOTTI ELENA
 Dott.ssa ANTONINO TOBIA
 Dott.ssa ARIETTI VALERIO
 Dott.ssa ARRIGONI PAOLA
 Dott.ssa AVESANI BARBARA
 Dott.ssa AVOGARO FILIPPO
 Dott.ssa BACIGA FEDERICA
 Dott.ssa BADOCCHI JACOPO
 Dott.ssa BATTAGLINI ELISA
 Dott.ssa BECCHERLE FEDERICO CARLO
 Dott.ssa BELLINI NICOLO'
 Dott.ssa BENEDETTI GIORGIA
 Dott.ssa BERSANI MASSIMO
 Dott.ssa BOLCATO CHIARA
 Dott.ssa BORASIO NICOLA
 Dott.ssa BOTTARO LAURA
 Dott.ssa BOVI CHIARA
 Dott.ssa BRAGGIO MICHELE
 Dott.ssa BRESSAN ANNA
 Dott.ssa BRUNELLI ANNA
 Dott.ssa BULIGHIN FRANCESCA
 Dott.ssa CACCIATORI NICOLO'
 Dott.ssa CACCIOLA FEDERICO
 Dott.ssa CALABRIA LORENZO
 Dott.ssa CALANDRINO LUCREZIA
 Dott.ssa CALTRAN GIULIA
 Dott.ssa CAMPAGNARI VALENTINA
 Dott.ssa CARIDHA DENIS
 Dott.ssa CARLETTI LORENZA
 Dott.ssa CATTABIANCHI GIULIA
 Dott.ssa CATTAZZO FILIPPO
 Dott.ssa CERETTA FEDERICA
 Dott.ssa CIENO SILVIA
 Dott.ssa CONTI ALESSANDRO
 Dott.ssa CORDIOLI GIAMPAOLO
 Dott.ssa DALLE VEDOVE PAOLO MARIA
 Dott.ssa DE GIROLAMO MARCO
 Dott.ssa DE SOUZA MERUPE
 Dott.ssa DELLA MORA FRANCESCO
 Dott.ssa DELLA TORRE FIAMMETTA
 Dott.ssa ERBOGASTO ANNA
 Dott.ssa FABRIANO ELIANA
 Dott.ssa FILIPPINI CHIARA
 Dott.ssa FIORINI ANGELICA
 Dott.ssa FRATTON CRISTINA
 Dott.ssa GARONZI CHIARA
 Dott.ssa GASPARINI LUDOVICO
 Dott.ssa GECHELE GABRIELE
 Dott.ssa GIACOMAZZI CHIARA
 Dott.ssa GIACOMELLI SARA
 Dott.ssa GISO TERESA
 Dott.ssa GIULIANELLI GIULIA
 Dott.ssa GIUSTI SIRIANA
 Dott.ssa GRANUZZO ELEONORA
 Dott.ssa GROSSO SILVIA

Dott.ssa GUARNERI ILARIA
 Dott.ssa GUGLIELMINI MATTEO
 Dott.ssa IONTA ALESSANDRA
 Dott.ssa KHOUYYI MARIEME
 Dott.ssa KIPRIANIDIS IOANNA
 Dott.ssa LANZA PAOLA
 Dott.ssa LE PERA GIUSEPPE ENRICO
 Dott.ssa LEONI GINEVRA
 Dott.ssa LOMBARDI VALENTINA
 Dott.ssa LOVATO ESTER
 Dott.ssa LUPAS GEORGE
 Dott.ssa MAGI MARTA
 Dott.ssa MAIMERI NICOLO'
 Dott.ssa MANTELLI GIOVANNI
 Dott.ssa MANTOVANI SOFIA
 Dott.ssa MARANGONI FRANCESCA
 Dott.ssa MARCUZZO ENRICO
 Dott.ssa MAREGA CARLO
 Dott.ssa MARINO ANTONIO
 Dott.ssa MENEGHELLO VERONICA
 Dott.ssa MERCANTI MATTEO
 Dott.ssa MIOTTI TOBIA
 Dott.ssa MONCHELATO MANUELA
 Dott.ssa MONTRESOR SARA
 Dott.ssa MORELLO ALESSIA
 Dott.ssa MORETTI CLAUDIO
 Dott.ssa PADOVAN CHIARA
 Dott.ssa PAIO FABIO
 Dott.ssa PARISI MARCO
 Dott.ssa PASTORELLO EDOARDO
 Dott.ssa PERINI ELENA
 Dott.ssa PERINON ANNA
 Dott.ssa PIANEZZOLA MARCO
 Dott.ssa PRA' SOFIA
 Dott.ssa PRETO RICCARDO
 Dott.ssa RAFFAELLI CECILIA
 Dott.ssa RAMA JACOPO
 Dott.ssa RAMON ELISA
 Dott.ssa RIGHETTI GIUSEPPE
 Dott.ssa RIGOTTI FLAVIA
 Dott.ssa RIZZI ALESSANDRA
 Dott.ssa RIZZOTTO LORENZO
 Dott.ssa ROLLI NICOLETTA

Dott.ssa RONCARI MARTINA
 Dott.ssa ROSSI LORENZO
 Dott.ssa ROTTA DENISE
 Dott.ssa RUSSO ANNA
 Dott.ssa SABAINI CECILIA
 Dott.ssa SALGARELLI BEATRICE
 Dott.ssa SALVATORE GIULIO
 Dott.ssa SANI ELENA
 Dott.ssa SANNA GIANGIACOMO
 Dott.ssa SANTUZ BEATRICE
 Dott.ssa SBRANA GIAN MARCO
 Dott.ssa SCARPIERI ELENA
 Dott.ssa SEMBENINI CAMILLA
 Dott.ssa SGANZERLA FEDERICO
 Dott.ssa SINIGAGLIA STEFANO
 Dott.ssa SORIOLO AUGUSTA
 Dott.ssa SPATARO ALBERTO
 Dott.ssa SPIAZZI FEDERICA
 Dott.ssa SPIAZZI LAURA
 Dott.ssa STEFANI CAMILLA
 Dott.ssa TAHA MAJD
 Dott.ssa TAMELLINI EDOARDO
 Dott.ssa TOMELLERI MARTA
 Dott.ssa TREGNAGHI ELENA
 Dott.ssa TROTOLO ALESSANDRO
 Dott.ssa TURCO FRANCESCA
 Dott.ssa UGOLINI FABIO
 Dott.ssa URBANI SILVIA
 Dott.ssa VECCHIETTI ILARIA
 Dott.ssa VENCO JESSICA
 Dott.ssa VIGNOLA ALESSANDRO
 Dott.ssa VILLANI FEDERICO
 Dott.ssa VITTONI GIULIO
 Dott.ssa VIVIANI FILIPPO 03/04/1994
 Dott.ssa WEDMANN FABIAN MAX
 Dott.ssa ZAMPIERI FEDERICA
 Dott.ssa ZANDONA' ELENA
 Dott.ssa ZANETTI ELISA
 Dott.ssa ZANTEDESCHI MADDALENA
 Dott.ssa ZANUSO VALENTINA
 Dott.ssa ZOCCA CLAUDIA
 Dott.ssa ZORZI STEFANO
 Dott.ssa ZUCCOTTO LUCIA



La Banda di Peschiera del Garda

Un premio alla carriera è stato consegnato al prof. Giuseppe Maschio. Alla cerimonia era Presente il Prof. Domenico De Leo Preside della facoltà di Medicina il Sindaco di Verona Federico Sboarina e varie altre autorità cittadine. Dopo i saluti delle autorità il Presidente Carlo Rugiu ha pronunciato la sua Relazione Morale. Ecco quanto ha detto.

Relazione del Presidente Carlo Rugiu

Gentili Signore e Signori, Autorità, Care Colleghe e Colleghi, siamo oggi qui riuniti per festeggiare la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra Veronese. La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra è dedicata ai Medici che hanno compiuto 50 anni di professione e ai Medici e Odontoiatri neo-abilitati, in un simbolico passaggio di consegne fra il passato e il futuro della nostra professione, una professione che da 2400 anni, oggi come allora, chiede al medico la fedeltà alla scienza e all'etica. I Medici e gli Odontoiatri provengono da corsi di laurea separati, ma condividono gli stessi principi etici: per questo, le due professioni si fondono in un unico Ordine e sono unite dallo stesso codice deontologico e dallo stesso giuramento.

Il Codice Deontologico è la nostra Carta Costituzionale: ad esso dobbiamo fare riferimento nell'esercizio della professione.

Il Giuramento è l'asse portante della professione. Oggi l'Ordine ha l'onore di festeggiare i Colleghi che hanno dedicato una vita alla professione medica ed ha il piacere di presentare alla Città di Verona i "nuovi" Medici ed i "nuovi" Odontoiatri.

I Colleghi che oggi festeggiamo hanno contribuito a rendere grande la Sanità Veronese, mantenendo elevato l'ottimo livello del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Oggi, prima di salutare e premiare i Medici senior e assistere al giuramento dei neolaureati, vorrei fare con Voi un excursus su due punti:



La targa a Paolo Cerioni

1. quali sono le condizioni demografiche nel veneto, oggi?

2. qual è la situazione dei medici nel veneto, oggi?

Cominciamo dalla nostra Regione. In Veneto vivono 4.905.037 abitanti (al 2017), ma questa popolazione è in calo da tre anni. È una popolazione che invecchia sempre di più (il 23% circa ha più di 65 anni), le nascite sono in costante calo ed è una società multiculturale: infatti quasi il 10% dei residenti in veneto sono stranieri provenienti da 170 nazionalità diverse. Infine, quasi 500.000 Veneti sono residenti all'Estero, essendo iscritti all'AIRE. La speranza di vita nel Veneto è molto elevata, in linea con la media Italiana, anche se bisogna sottolineare che l'età media di sopravvivenza tende a ridursi da un paio di anni a questa parte.



Il Prof. Domenico De Leo

Se guardiamo a come si sono modificate le cause di morte in Veneto negli ultimi 10 anni (2016 vs 2007) osserviamo che la mortalità per tumori si è ridotta (passando dal 32 al 29%) e così pure quella per malattie cardiovascolari, che è scesa dal 38 al 35%. Invece, la mortalità per malattie degenerative è aumentata di quasi un terzo, essendo passata dal 12 al 18%. La prevalenza di patologie croniche nel Veneto è facilmente desumibile dal numero di esenzioni per patologie croniche, che sono quasi due milioni (1.995.405): in particolare il 62% degli assistiti far i 65 e i 74 anni e il 70% degli over 74 risulta esente.

Questo numero di esenzioni è superiore al numero dei veneti esenti, che sono 1.300.836, il che significa che molti di loro hanno più di una esenzione per patologia cronica. Tutto ciò sta a dimostrare come vi sia un crescente bisogno di una presa in carico dei pazienti cronici e una necessità di continuità della assistenza fra ospedale e Territorio. A proposito degli ospedali, pur a fronte di una popolazione che invecchia e che è sempre più affetta da patologie croniche invalidanti, negli ultimi anni il numero dei ricoveri in Veneto si è ridotto sensibilmente, essendosi osservata una riduzione del 15% dal 2010 al 2015.

Di questi problemi si occupa il Piano Socio sanitario Regionale 2019-2023. Il nuovo Piano è focalizzato sulla situazione socio-sanitaria del Veneto, che dovrà prevedere un "Sistema Territorio" in grado di accogliere dal "Sistema Ospedaliero" i pazienti cronici

e prendersi carico di tutta la cronicità. È evidente come una tale situazione richieda una riorganizzazione delle cure territoriali ed una stretta integrazione fra Ospedale e territorio.

Oggi, sono soprattutto le famiglie che, insieme ai MMG, devono farsi carico di anziani "fragili", non autosufficienti, di pazienti terminali, ricoverati in un "Ospedale diffuso", rappresentato dalle abitazioni, dove sono "degenti" pazienti cronici, pluricomplicati, disabili, spesso anche dementi.

È a Voi tutti noto come il MMG resti il punto di riferimento per i Cittadini, ma egli necessita di risorse adeguate per affrontare la cronicità nel rispetto dei valori della Medicina Generale che sono: il rapporto fiduciario, le cure di prossimità, la presa in carico continuativa. Ed eccoci a parlare della situazione dei Medici nel Veneto.

Purtroppo, non è un momento facile per la nostra Professione e, in particolar modo, non lo è per i giovani Medici. Questo perché la situazione attuale risente:

- di una mancata politica di programmazione sanitaria per quanto riguarda i flussi di entrata nella professione,
- di una programmazione sbagliata a livello di borse di studio nelle scuole di specializzazione
- di obiettive difficoltà per i medici ospedalieri (perdita di appeal della professione, carichi di lavoro sempre più gravosi, carenza di organici), per i MMG (carenza di medici, scarsa attrattività della professione), e per i medici che operano nella libera professione, tutti accomunati da un eccessivo carico di incombenze burocratiche/ amministrative che rubano tempo prezioso alla Professione
- di carenze negli organici medici: negli ospedali del Veneto mancano 1300 medici (ce ne sono 8400 sui 9700 previsti).

Dal 2009 al 2017 abbiamo "perso" in Italia 8000 Medici, essendo i Medici occupati passati da 118.659 nel 2009 a 110.885 nel 2019. In Italia ci sono quattro medici ogni 100 abitanti: questo dato ci pone ai primi posti in Europa, quindi da questo punto di vista si potrebbe pensare che non abbiamo un problema di carenza di medici. In realtà, l'età media dei medici in

servizio è mediamente molto più alta che in altri paesi Europei e quello che manca nel nostro Paese è il ricambio generazionale. Dietro ai medici che stanno per lasciare il servizio, c'è un vuoto che sarà difficile riempire. Nel 2025 avremo bisogno di 4250 medici impiegati nel settore dell'urgenza, di 3400 pediatri, 1900 internisti, oltre 1500 anestesisti, 1300 chirurghi....

C'è poi un altro problema, quello dei medici Italiani che se ne vanno...

Infatti circa 1000 medici lasciano l'Italia ogni anno, spesso sono i più bravi, i più motivati, alla ricerca di una crescita professionale: questo costituisce una perdita in termini di bagaglio culturale, di risorse umane ed economiche sulle quali la nostra Società - Famiglie, Università, Istituzioni - ha "investito".

Molti di questi medici non torneranno: è una sconfitta per il nostro Paese, per il nostro sistema, una rinuncia a tanti giovani professionisti che non ci possiamo più permettere.

Di questi migranti si parla troppo poco! Peraltro, il nostro sistema Sanitario risulta essere poco attrattivo per i medici stranieri, a differenza di altri paesi europei.

Venire a lavorare in Italia risulta poco allettante per i medici stranieri: infatti, solo lo 0.8% dei Medici che lavorano in Italia si sono laureati all'estero, siamo in linea con la percentuale della Romania (0.7%), ma distanti da Francia (10.4%), Germania (10.5%), Austria e Olanda (5.2%).

Forse, sarebbe il caso di chiederci il perché! E che dire del problema degli Specializzandi?

E a proposito di specializzandi, vorrei aprire una parentesi, giacché non è di neolaureati che noi abbiamo bisogno, quanto di neo specialisti.

Da oltre 10 anni il fabbisogno delle borse di studio è stabilito dal MIUR senza un confronto con le Regioni.

Da anni c'è una discrepanza, in difetto, fra la programmazione ed il fabbisogno di specialisti che viene calcolato nella Conferenza Stato-Regioni. Quest'anno, di fronte ad un fabbisogno stimato di 8200 borse, ne sono state bandite 7000. Questa differenza, ha creato un imbuto formativo, che blocca l'accesso dei neoabilitati alle scuole di specializzazione.

A livello Regionale, in campo sanitario, vi sono situazioni di disagio lavorativo diffuse, con importanti carenze negli organici Medici Ospedalieri, che rendono difficile rispettare la normativa Europea sui riposi, con conseguente aumento di rischio di eventi avversi.

Vi è un sempre più frequente ricorso al lavoro precario, alle cooperative, agli appalti. Come si è mossa la Regione Veneto di fronte ad un problema che da anni conosciamo e che da anni ci preoccupava. Non ci sembra abbia fatto una programmazione tal riguardo, ma piuttosto si sia affidata operazioni un po' improvvisate, quali il richiamo di medici in pensione, e, più recentemente, proprio alla vigilia di Ferragosto, abbia deliberato la assunzione di 500 giovani laureati non specializzati, destinati, dopo un breve corso tenuto a Montebelluna, all'area del pronto soccorso e della Medicina Internistica.



La sala della Gran Guardia



Il Presidente Carlo Rugiu

Che reazioni ci sono state questi provvedimenti?

Un coro unanime di critiche, provenienti dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici del Veneto, dagli atenei di Padova e di Verona, dai principali sindacati dei Medici ospedalieri e dalla Federspecializzandi.

Da anni gli ordini dei Medici chiedono alla Regione di prendere in esame le loro proposte e di riunirsi attorno ad un tavolo per discutere sul da farsi. Di seguito, vengono riassunte le nostre proposte per i neo abilitati.

È indispensabile che la Regione collabori attivamente e in sinergia con gli Ordini dei Medici e le Università di Padova e di Verona:

- a) aumentando il numero dei MMG in formazione;
- b) programmando un maggior numero di borse di studio per le Scuole di Specializzazione;
- c) assumendo gli specializzandi al penultimo e ultimo anno delle Scuole,
- d) per le quali chiediamo un utilizzo reale delle rete formativa anche negli ospedali Spoke, così come previsto dal MIUR.

Tuttavia, ci sentiamo di dirvi che intravediamo una luce in fondo al tunnel... Infatti, L'Ordine è al vostro fianco ed agisce da collante fra le varie componenti della professione, che si impegnano per assicurarvi un sereno futuro professionale.

L'Ordine è parte attiva nello studio di soluzioni atte a ridurre l'imbuto formativo, in stretta collaborazione con l'U-

niversità di Verona, insieme alla quale cerca un dialogo costruttivo con la regione Veneto; quest'ultima, ha appena deliberato l'istituzione di un tavolo permanente con gli Ordini dei Medici. Infine, l'Ordine si confronta periodicamente con le Organizzazioni Sindacali di categoria e collabora con Sindaci, Amministratori locali e Direzioni strategiche della AULSS Scaligera per cercare di risolvere le criticità della Medicina Generale. La professione medica è cambiata. La società cambia rapidamente e così pure deve fare la nostra Professione...non basta più comportarsi secondo scienza e coscienza. I medici si devono confrontare ogni giorno con questioni di eccezionale rilevanza, fra le quali, in ordine sparso, i problemi legati alla responsabilità professionale, gli aspetti delicatissimi del fine vita, delle DAT, il rapporto talvolta difficile con i Cittadini o con i Media. A tutto questo, si aggiunge un gravissimo fenomeno, rappresentato da episodi di violenza e di violenza sessuale che vedono come vittime soprattutto dottoresse, per lo più in servizio presso sedi di Pronto Soccorso o di Continuità Assistenziale.

Care Colleghe, cari Colleghi, state per intraprendere una professione che ha almeno 2400 anni: infatti, il giuramento di Ippocrate che fra poco verrà letto in quest'aula risale al IV secolo a.C.: nel corso dei secoli la Medicina, la Scienza ha fatto passi da gigante, inimmaginabili, e soprattutto nell'ultimo secolo abbiamo assistito a



La Dott.ssa Denise Signorelli

conquiste e scoperte che hanno rivoluzionato la Medicina e le Terapie, la qualità e la durata della vita, ma...

...non è cambiato "l'oggetto" del nostro lavoro, delle nostre attenzioni e non sono cambiati gli ideali e i principi che ispirano la nostra professione.

Dedicate ai Vostri Pazienti tutto il TEMPO del quale hanno bisogno, il tempo fa parte della relazione medico-paziente, lo dice anche il nostro Codice, e lo sa ognuno di noi che ha avuto l'occasione di trovarsi "dall'altra parte". Che possiate vedere sempre nel Paziente una PERSONA che ha bisogno delle vostre cure; la porta del vostro ambulatorio dovrà sempre essere aperta a tutti i pazienti, indipendentemente dal colore della loro pelle, dal loro credo religioso, dal fatto



La premiazione del Prof. Giuseppe Maschio



Il Sindaco di Verona

che abbiano – o meno – il passaporto o il permesso di soggiorno: il vostro compito sarà sempre di ascoltarli, visitarli e curarli. Lavorate con SERENITÀ, non lavorate con l'orecchio teso a sentire "lo svolazzare della toga del magistrato". I Magistrati hanno tante cose più importanti da fare nel nostro Paese che controllare quello che fanno i Medici. Lavorate secondo scienza e coscienza, attenendovi alle LG e dedicando il giusto tempo ai pazienti, e assicuratevi che il paziente comprenda quanto gli state dicendo. Le vostre decisioni si dovranno ispirare alle evidenze scientifiche, al metodo scientifico, ad uno STUDIO e ad un aggiornamento costanti nel tempo, lungo tutto l'arco della vostra vita professionale.

Care Colleghe, cari Colleghi, L'attività degli ultimi mesi ha dimostrato che Ordini e Università possono collaborare proficuamente nell'interesse della formazione dei giovani medici, a salvaguardia della Professione e del SSR, nella speranza che insieme possano contribuire alla formazione di Medici nuovi per una Società che è cambiata, Medici che richiedono una formazione anche in termini di deontologia, di scienza della comunicazione, di Medical Humanities.

- Cercherò / cercheremo di proseguire su questa strada, perché credo che solo con un lavoro di programmazione e di confronto fra le varie Parti si possa investire sul futuro dei Medici e del SSR.

Prima di congedarmi da Voi, devo fare alcune "Comunicazioni di servizio".

Già l'anno scorso l'Assemblea aveva approvato una modifica delle quote di iscrizione. Sono lieto di annunciarvi che proprio stamattina l'Assemblea ha ratificato una nuova proposta del Consiglio di ridurre sensibilmente la quota di iscrizione per i medici al di sotto dei 35 anni.

Inoltre, dalla prossima settimana per tutti gli iscritti sarà disponibile nell'area riservata del sito l'accesso gratuito e illimitato a Up To Date.

Infine, potrete contattarci anche attraverso Facebook.

Spero che una attenta conduzione dei conti ci permetta in futuro di mantenere o, addirittura, di estendere questi benefici a una quota maggiore dei nostri iscritti.

Ed eccoci ai ringraziamenti.

A nome mio e di tutti i Medici e Odontoiatri Veronesi, Ringrazio di cuore il Consiglio, che ho l'onore e il piacere di presiedere.

Un ringraziamento affettuoso a tutto il Personale di Segreteria – Alessandra, Barbara, Elisabetta, Rosanna e Virna - che mi assiste e mi sostiene nel mio compito, e alla nostra addetta stampa Laura Perina, per la assidua e discreta presenza.

Infine, lo lascio per ultimo, ma solo perché voglio dedicargli un po' più di attenzione, vorrei riservare qualche parola al nostro Revisore legale Paolo Cerioni, che va in pensione dopo 37 anni di onorato servizio.



IL Vice Presidente dell'Ordine Lucio Cordioli

Paolo Cerioni ha rappresentato per moltissimi Medici e Odontoiatri Veronesi il costante punto di riferimento all'Ordine, che se da una lato ha rappresentato per lui la seconda (o la prima?) casa, da un altro ha servito con spirito di abnegazione e senso del dovere che trovano origine nella sua formazione militare. Tutti noi, Medici e Odontoiatri Veronesi, che io oggi qui rappresento, gli siamo grati e riconoscenti per quello che ha fatto e ha dato all'Ordine e a tutti noi. Un grazie a tutti voi che siete qui oggi, e a tutte/i le Colleghe/i Veronesi. Vi ringrazio per l'attenzione e lascio la parola alla dottoressa Elena Boscagin, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, che Vi porterà il saluto della Componente Odontoiatrica dell'Ordine.

Dopo di Lui ha svolto la sua Relazione il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, la Dr.ssa Elena Boscagin.

Relazione del Presidente la Commissione Odontoiatri, Dott.ssa Elena Boscagin

"Panta Rei", tutto cambia. Va da sé che si cambi anche noi, noi odontoiatri. La mutazione è allo stesso tempo culturale e tecnica: vi siamo abituati, dal momento che anche la nostra professione, specialità medica, segue un'evoluzione costante. L'innovazione, il cambiamento che investe l'intero settore chirurgico...solo alcuni anni fa ciò che avviene oggi negli studi, ormai quasi prassi quotidiana, sarebbe stato impensabile. Fantascienza....

Torniamo indietro di quarant'anni, al 1979 di "Alien", la pellicola "cult" firmata da Ridley Scott. Allora il nostromo Dallas guidava il grande cargo di prodotti minerali di ritorno sulla Terra dal pianeta Thedus, assiso dietro una consolle (una vecchia Atari modificata) e manovrata con un joystick.....archeologia tecnologica a guardarla adesso. Ora ciò che era il futuro è il presente.



*Il Presidente della Commissione Odontoiatri
Elena Boscagin*

Oggi il mondo digitale, la prototipizzazione, la tecnologia "cad-cam" sono protagoniste nella pratica medica, in particolare in odontoiatria e chirurgia maxillo-facciale. Non stupisce più il fatto che il medico esegua un intervento di implantologia, operando con gli occhi fissi sullo schermo di un computer e non sulla bocca del paziente. Eppure funziona, in sicurezza e accuratezza. Quarant'anni dopo, la fantascienza è il presente, anche se ben diverso da quel joystick rudimentale manovrato da Dallas.... Meglio essere chiari: la salute, il paziente e il suo benessere sono stati, sono e saranno la priorità di ogni medico, di qualunque specialità si parli. E que-

sto è un bene, indubbiamente. Certo la realtà virtuale è il patrimonio innato dei Millennials, qualcosa che sta, in un certo senso, in una sorta di Dna parallelo. La generazione dei baby-boomers, i professionisti di più lontana esperienza, queste tecniche le acquisisce, forse con maggiore sforzo. Del resto non fu facile neppure passare dall'Olivetti con il nastro inchiostrato al "pc". E moltissimi tra noi avranno chiamato gli amici con un telefono "a rotella" per poi fare i conti con touchscreen di uno smartphone....

La società, i suoi interrogativi, la grande rincorsa della tecnologia applicata ci stanno di fronte. Sono allo stesso tempo stimolo e sfida. Noi odontoiatri stiamo sulla linea sottile, che divide la medicina d'emergenza, le urgenze per patologie dolorose di cui tutti voi certo sapete, da una specialità d'eccellenza che ha a che fare con il benessere delle persone, con il modo in cui ciascuno di noi si percepisce nei confronti di se stesso e degli altri. Sicuramente siamo in grado di garantire l'eccellenza e altrettanto sicuramente da questa professione trarremo il giusto vantaggio economico. Tenendo ben presente che mai, e dico proprio mai, dovremo ridurre la qualità delle nostre prestazioni in nome del guadagno. Ci sono strumenti, tecnologie e possibilità che certo hanno costi..ma il resto spetta a ciascuno

di noi. Un equilibrio magari sottile tra etica e professionalità. È vero che: "Homo sine pecunia est imago mortis" ma "Est modus in rebus". Resta un punto fermo e sarà valido sempre ed è la nostra etica. Svendere la figura professionale dell'odontoiatra non è tollerabile, né lo è cedere questo ruolo a persone non titolate o a società di profitto...tutto ciò è svilente, è un rinnegare i principi del codice deontologico.

Vi auguro di essere, come ero io allora, sicuramente "carichi" e ansiosi di "lanciarvi" nella professione: è la spinta giusta. Ma alla base di ogni cosa che farete, ogni scelta, sia che optiate per la ricerca o per l'operatività d'eccellenza, il primo imperativo sarà mantenere la rotta. Informate i pazienti e fatelo davvero, spiegando cos'è possibile fare e come. Non accettate le lusinghe delle grandi aziende e valutate sempre e solo con il vostro discernimento. Mantenetevi aggiornati perché questo è il segreto, a ben guardare neppure più di tanto....chi più sa meglio fa, secondo le vecchie regole.

Alla fine buona fortuna e in bocca al lupo, casomai ve ne capitasse uno con un ascesso. In quel caso, consiglio personale, opterei senza esitazione, per le nuove tecnologie da remoto....a meno che non siate, oltre che bravi professionisti, anche particolarmente amanti del rischio.....



I neolaureati dopo il Giuramento

Relazioni sulle attività delle Commissioni Ordinistiche durante l'anno 2019

Introduzione

Di seguito troverete le relazioni che ho richiesto ai Coordinatori, affinché tutti gli Iscritti venissero messi al corrente delle attività svolte durante l'anno. Io penso che dobbiamo essere tutti molto soddisfatti e grati ai Coordinatori e a tutte/i le/i Colleghe/i che lavorano nelle Commissioni per quanto hanno fatto finora.

Ogni Coordinatore, come è noto, ha la responsabilità e guida la Commissione in autonomia, e concorda l'indirizzo delle attività con il sottoscritto. Sono convinto che le varie Commissioni stiano facendo un egregio lavoro, e che abbiano posto le basi per continuare su questa strada anche in futuro; a tutti i Colleghi che ci leggono rinnovo l'invito a partecipare attivamente alla vita Ordinistica, per esempio collaborando ad una Commissione.

IL PRESIDENTE
CARLO RUGIU

Relazione sulla attività della commissione: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA ORDINISTICA

*Coordinatore: Accordini Giorgio
Componenti: Marchioretto Fabio,
Pastori Caterina, Accordini Giorgio.*

In questi due anni la Commissione ha lavorato su due fronti: razionalizzazione della spesa e recupero delle entrate. Per quanto riguarda i risparmi basti pensare che nel bilancio consuntivo 2017 le spese ammontavano a €. 1.105.127,74, mentre nel bilancio preventivo 2020 sono di €. 991.000, quindi 114.000 euro in meno. I capitoli più importanti sui quali si è intervenuti sono stati i seguenti:

- **Spese per pubblicazioni:** risparmio di 25.000 euro con l'abbandono della pubblicazione cartacea di "Verona Medica"
- **Spese per le varie consulenze o collaborazioni:** risparmio di circa 50.000 Euro
- **Spese di rappresentanza:** risparmio di 5.000 Euro
- **Interventi su assicurazioni, contratti telefonici, spese bancarie:** i risparmi potranno essere quantificati con precisione nel corso del prossimo anno, ma si aggirano su qualche decina di migliaia di Euro

Ci sono ancora degli spazi di razionalizzazione delle spese a mano a mano che andranno in scadenza i vari appalti, soprattutto i più onerosi. Questi interventi hanno fatto in modo che il bisogno finanziario dell'Ordine si sia ridotto notevolmente. Nel campo delle entrate nel corso del 2019 si è provveduto al recupero di entrate per quote non pagate relative agli anni 2018 e precedenti per oltre 150.000 Euro. Le azioni promosse sulle entrate e sulle spese hanno consentito di ridurre notevolmente le quote per quelle categorie, giovani sotto i 35 anni ed anziani sopra i 70 anni, che si trovano in maggiori difficoltà, oltre che rendere gratuito (primo Ordine in Italia) il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine per i nostri colleghi con oltre 50 anni di Laurea.

Prossimo obiettivo sarà quello di ridurre le quote a tutti gli iscritti, secondo il principio sempre valido di "pagare tutti per pagare meno".

Relazione sulla attività della commissione: SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO E CULTURA

*Coordinatore: Orcalli Francesco
Componenti: con le dimissioni della Dott.ssa Musso la commissione ha*

nominato coordinatore il Dott Orcalli. Hanno lasciato per impegni: la Dott.ssa Tomezzoli e il Prof Guglielmi, sono subentrati il Dott Pace Donato medico di famiglia, la Dott.ssa Migliorini Mariasole medico SAI e la Dott.ssa Mazzaferri Fulvia ricercatrice universitaria.

La nuova composizione della commissione è la seguente:

Musso Anna Maria, Valsecchi Massimo, Orcalli Francesco, Concia Ercole, Vettore Luciano, Moretto Giuseppe, Pizzolo Giovanni, Pace Donato, Migliorini Mariasole, Mazzaferri Fulvia.

Le riunioni si sono tenute nei giorni: 24 gennaio 2019, 15 febbraio 2019, 12 marzo 2019, 5 aprile 2019, 15 maggio 2019, 16 giugno 2019, 9 ottobre 2019, 11 novembre 2019, (prevista) 16 dicembre 2019.

I convegni organizzati sono stati:

- **ACCANIMENTO TERAPEUTICO E NUTRIZIONE FORZATA -17/01/2019**
- **APPROPRIATEZZA DELLE TERAPIE NELLE INSUFFICIENZE RESPIRATORIE PROGRESSIVE -28/03/2019**
- **LA NUOVA RC SANITARIA ALLA PROVA DELLA EVIDENZA GIURISPRUDENZIALE, MEDICO LEGALE E ASSICURATIVA -09/05/2019**
- **TRA LINEE GUIDA, STORIA DEL PAZIENTE E IMPLICAZIONI LEGALI -03/10/2019**
- **LE PROBLEMATICHE AMINISTRATIVE E SANITARIE DEI PAZIENTI IRREGOLARI -21/11/2019**

Con l'accademia sono state organizzate le conferenze aperte al pubblico:

- **USO ED ABUSO DEGLI ANTIBIOTICI NEGLI UMANI E NEGLI ANIMALI -20/09/2019"**

- **5000 ANNI DI EFFETTO PLACEBO -18/10/2019**
- **LAZZARETTI E COMUNICAZIONE SANITARIA -12/11/2019**

Con gli odontoiatri è stato organizzato il convegno:

- **DOVERI E RESPONSABILITÀ DEL DIRETTORE SANITARIO -26/10/2019**

Con la Federspev il convegno:

- **I 40 ANNI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE A VERONA -30/05/2019**

Abbiamo collaborato con Ammi per il convegno sulle resistenze agli antibiotici del 16/10/2019.

La commissione ha lavorato alacremente e con entusiasmo legato verosimilmente alla giovane età dei componenti (se si escludono naturalmente le nuove componenti subentrate solo a giochi fatti) e si ripromette di continuare anche per il prossimo anno con lo stesso impegno.

Un ringraziamento particolarissimo va alla segreteria per l'improvvisa ed imponente mole di lavoro in particolare a Rosanna che ha dovuto supportarci e sopportarci.

Relazione sulla attività della commissione: TERRITORIO OSPEDALE

Coordinatore: Orcalli Francesco

Componenti: Tomezzoli Anna, Bovo Chiara, Signorelli Denise, Bonetti Andrea, Elio Amedeo, Orcalli Francesco, Mirandola Franca, Bellamoli Sandro, Zamboni Mauro, Moretto Giuseppe, Costa Paolo, Zanetti Nicola, Borin Roberto (sostituito dal 01/01/2020 dalla Dott.ssa Poppini Pia).

La commissione è stata successivamente integrata dai Dott.ri Brunelli Davide, Sacchi Chiara, Facincani Fabio componenti della commissione ospedalità privata.

Esperti invitati a relazionare Guglielmo Frapporti, Ezio Trivellato, Sandro Caffi.

Riunioni plenarie: 23 gennaio 2019, 20 febbraio 2019, 22 maggio 2019, 12 giugno 2019, 20 novembre 2019. Alle riunioni plenarie sono subentrati incontri personali con tutti i componenti la commissione.

Da un ipotesi di lavoro dei medici di famiglia rielaborata dalle direzioni sanitarie tramite i loro esperti e i loro tecnici, si è arrivati attraverso varie fasi e rielaborazioni ad una proposta divenuta infine un documento sottoscritto da tutte le componenti del territorio, dell'ospedalità pubblica e privata, denominato **"Percorso per le dimissioni dei pazienti in fase avanzata di malattia."**

È stata istituita una commissione di verifica dell'accordo con il compito di evidenziare e risolverne le criticità.

Componenti

- per l'Ordine: Orcalli Francesco, Moretto Giuseppe
- per l' AOU: Cametti Elisa, Di Francesco Vincenzo
- per l' ULSS 9: Poppini Pia, Zanetti Nicola
- per l'ospedalità privata: Brunelli Davide (Negrar), Sacchi Chiara (Peschiera)
- per la medicina del territorio: Mirandola Franca, Bellamoli Sandro

Nella riunione del 20 Novembre u.s. si è deciso di allargare le competenze di detta commissione alle problematiche e alle criticità che possono verificarsi nel territorio con il tentativo di proporre delle soluzioni accettate.

Relazione sulla attività della commissione: REVISIONE ALBO PERITI TRIBUNALE DI VERONA

Referenti: Orcalli Francesco, Zattoni Franco

Su indicazione della legge Gelli e con l'accordo Fnomceo, Camera Penale e Consiglio Superiore della Magistratura è stato predisposto un nuovo modello di iscrizione all'Albo dei CTU e Periti con la volontà di offrire al magistrato una scelta di periti all'altezza dei compiti e delle necessità.

Il documento nazionale è stato studiato, analizzato e sottoposto alle opportune modifiche per adattarlo alla situazione locale. Le riunioni per l'accordo integrativo alla presenza del Presidente del Tribunale Magaraggia, del Presidente Ordine Avvocati Bissoli, della Prof.ssa Bortolotti, del Prof. De Leo e dei rappresentanti dell'Ordine Dott.ri Orcalli e Zattoni si sono tenute nei giorni:

29 gennaio 2019, 27 febbraio 2019, 21 marzo 2019, 02 aprile 2019, 16 aprile 2019.

Con la firma congiunta del Presidente del Tribunale Magaraggia, del Presidente Ordine Avvocati Bissoli e del Presidente Ordine Medici Rugiu il 18 giugno il documento allegato è diventato operativo.

La commissione per la valutazione delle domande, presieduta dal Giudice Sperandio, è composta dall'Avvocato Bissoli Presidente Ordine Avvocati, dal Dott. Orcalli per Albo Medici, dal Dott. Zattoni per Albo Odontoiatri e dal cancelliere Dott. Michele Fabbri. Le riunioni si sono tenute nei giorni: 18 giugno 2019, 16 ottobre 2019.

La commissione ha valutato le domande presentate con le modalità previste dall'accordo precedentemente sottoscritto.

Per la riorganizzazione dell'Albo dei CTU e dei Periti si sono rese necessarie ulteriori riunioni presso il Tribunale alla presenza dei Magistrati Lara Ghermandi, Silvia Isidori, Stefania Abbate, Raffaele Ferraro, Luciano Gorra e con i Presidente e referenti degli altri Ordini Professionali, nei giorni: 24 Settembre 2019, 10 Ottobre 2019, 16 Ottobre 2019, 14 Novembre 2019, 30 Gennaio 2020 (prevista riunione conclusiva)

Relazione sulla attività della commissione: RAPPORTI CON LA LIBERA PROFESSIONE

Coordinatore: Carrara Giorgio

Componenti: Polinelli Giampaolo, Mora Roberto, Carrara Giorgio, Castello Roberto, Bergamini Valentino, Peroni Anna, Pregarz Massimo, Boscagin Elena, Vincenzo Lacola.

La commissione si è riunita 6 volte nel periodo compreso tra marzo 2018 e ottobre 2019. Lo scopo di questa commissione è di far emergere le problematiche relative all'esercizio della libera professione nelle sue diverse declinazioni: dipendenti del SSN in regime di intramoenia ed extramoenia, rapporto libero-professionale con strutture accreditate, libera professione in ambulatori o poliambulatori privati.

Nel corso degli incontri sono emerse varie criticità, inerenti principalmente i seguenti temi:

- Restrizione delle possibilità di svolgere attività libero-professionale per i primari dipendenti dell'AOUI di Verona: le prestazioni vengono distribuite in base a criteri numerici, anziché sfruttare appieno le potenzialità e competenze tecniche ed operative dei singoli soggetti, con conseguenti disagi a livello organizzativo, perdita di opportunità per i pazienti e alto rischio di "fuga dal SSN" per i medici più capaci, soprattutto nelle branche chirurgiche.
- Rapporti libero-professionali con grandi strutture sanitarie private: sono emerse ampie inadempienze da parte di grosse strutture sanitarie private, sia sul piano organizzativo e di adeguamento alle normative di sicurezza (spesso in regola a livello burocratico, ma non corrispondenti alla realtà della struttura), sia sulla qualità dei servizi erogati e franche violazioni dei rapporti contrattuali con i medici assunti, sia in termini di carichi lavorativi eccessivi sia in termini di retribuzione inadeguata che di mancata corresponsione dei compensi dovuti per contratto, con modifiche generalmente unilaterali e non trattabili. Tali strutture ricevono ingenti finanziamenti dal SSN, ma il loro buon utilizzo non viene adeguatamente verificato, con danno sia per i medici, sia per i pazienti, sia per il SSN.
- Strutture sanitarie private di minori dimensioni (poliambulatori): sono

molto più controllate delle strutture di maggiori dimensioni e sottoposte a richieste di adempimenti burocratici ed economici che sono molto onerosi da sostenere (necessità di avere personale dedicato, obbligo di dotazione di apparecchiature, ...).

- Fattura Elettronica, pagamenti POS, Privacy e altre innovazioni digitali: comportano oneri non indifferenti in termini di carico lavorativo e di dispendio economico per tutte le strutture e soprattutto per quelle di minori dimensioni; inoltre spesso non risulta facile comprendere quali siano in pratica tutti i risvolti degli adempimenti. Per fare maggiore chiarezza su questi temi è stata proposta l'organizzazione di un Convegno all'Ordine dei medici, da realizzare in primavera 2020, con particolare riferimento a fatturazione elettronica e modalità di pagamento e privacy.

Relazione sulla attività della commissione: SALUTE E AMBIENTE

Coordinatore: Cirillo Pasquale

Componenti: Baldissera Mara, Beghini Giovanni, Blengio Gianstefano, Grego Katia, Porru Stefano, Todeschini Diego, Zanini Fabio, Zanini Silvia.

Nel corso del 2019 la Commissione Ambiente e Salute ha ritenuto opportuno verificare e quantificare in generale l'interesse sui temi relativi al

rapporto tra salute ed ambiente di vita e di lavoro e in particolare su alcuni argomenti, ritenuti maggiormente significativi dalla Commissione, così da poter orientare le azioni della stessa, ed ha perciò realizzato un sondaggio online tra tutti gli iscritti all'Ordine.

Il sondaggio, inviato in due diversi momenti per favorire una maggior partecipazione, ha registrato adesione superiore alle attese, ottenendo complessivamente 579 risposte, che hanno evidenziato un interesse abbastanza simile per i diversi argomenti proposti, con lieve prevalenza tuttavia per i temi legati all'esposizione professionale ai cancerogeni, all'inquinamento da traffico e al rapporto tra alimentazione e sostenibilità ambientale. Si allegano il questionario e lo schema riassuntivo dei risultati. Sono inoltre stati intrapresi contatti con la Dott.ssa Poppini, referente dell'ULSS 9 per l'aggiornamento dei MMG e dei PLS, volti a favorire l'inserimento delle tematiche ambientali nei percorsi di aggiornamento obbligatorio previsti per tali colleghi dai patti aziendali. Sono infine allo studio forme di collaborazione con le Scuole di Specializzazione dell'Università tese a favorire la sensibilizzazione dei giovani medici alle tematiche di interesse ambientale. Sondaggio sull'interesse per i temi inerenti al rapporto tra salute e ambiente di vita e/o di lavoro. Risultati (totale 579 risposte)

QUESITO	PUNTEGGIO 4	PUNTEGGIO 5	PUNTEGGIO 4+5	PERCENTUALE
Ti sembra che le problematiche legate all'ambiente di vita siano importanti per la tua professione?	208	307	515	88,9
Ti sembra che le problematiche legate all'ambiente di lavoro siano importanti per la tua professione?	143	392	535	92,4
Ritieni utile l'inserimento di una sezione tematica dedicata agli aspetti correlati al rapporto tra salute e ambienti di vita e/o di lavoro sul sito web dell'Ordine?	183	273	456	78,8
Sei interessato all'esposizione a cancerogeni in ambiente di lavoro?	158	368	526	90,8

QUESITO	PUNTEGGIO 4	PUNTEGGIO 5	PUNTEGGIO 4+5	PERCENTUALE
Sei interessato al rapporto tra inquinamento da traffico e salute?	170	347	517	89,3
Sei interessato al rapporto tra alimentazione e sostenibilità ambientale?	165	334	499	86,2
Sei interessato al rapporto tra cambiamenti climatici e salute?	171	308	479	82,7
Sei interessato al rapporto tra esposizione a pesticidi e salute?	178	300	478	82,6
Sei interessato al rapporto tra esposizione a PFAS e salute?	180	260	440	76,0
Sei interessato al rapporto tra inquinamento elettromagnetico e salute?	147	290	437	75,5
Sei interessato alla diagnosi di malattia lavoro-correlata ed alla relativa gestione del lavoratore o ex lavoratore?	165	263	428	73,9

Relazione sulla attività della commissione: ICT

*Coordinatore: Peruzzini Carlo Matteo
Componenti: Roberto Mora, Del Zotti Francesco, Anna Maria Musso, Rigon Giulio, Peruzzini Carlo Matteo.*

Il problema dell'informatizzazione in sanità, e in generale dell'automatizzazione dei processi, e del supporto gestionale e decisionale informatizzato, non è nuovo, ed è al contempo molto lontano dall'essere risolto.

Le cartelle informatizzate, prima isolate presso gli studi, poi in rete fra loro, i dossier sanitari sempre più complessi, dalla gestione di reparto alla logica di dipartimento, le reti intranet per il passaggio di informazioni, segnatamente referti di esami, sono argomenti che riguardano oramai la storia della sanità; come noto, la criticità maggiore è sempre stata la protezione dei dati, e la limitazione degli accessi non giustificati.

La normativa e la deontologia si sono orientate, forti del segreto professionale, a migliorare gli standard di tenuta dei dati e le attenzioni e sensibilità connesse a tali criticità.

Lo scenario è largamente cambiato allorché si sono diffusi sistemi più intelligenti e performanti di gestione e scambio di dati, che non potevano non coinvolgere anche il mondo della sanità; si è cominciato a costruire architetture ed ecosistemi per il fascicolo sanitario elettronico (FSE), uno strumento che dovrebbe far dialogare tutti gli attori del sistema della sanità pubblica, e a delineare debiti informativi sempre più onerosi in termini di flussi di dati verso le istituzioni (Regioni). Le finalità di tali trattamenti si declinano nel senso della diagnosi, cura, assistenza, e nel senso della programmazione e ricerca, con diversi adempimenti di legge.

L'arrivo del Regolamento europeo (GDPR) ha introdotto ulteriori criticità e adempimenti, non sempre di immediata interpretazione, anche a causa della scarsa esperienza e dell'ancora incompleta applicazione nella realtà italiana.

I lavori della Commissione hanno preso le mosse da tali premesse ormai note, sollevando problematiche e interrogandosi soprattutto sul rapporto tra deontologia e norme e prassi. Sono poco chiariti gli effetti del GDPR

sull'obbligatorietà dei flussi informativi, tradizionalmente giustificati da finalità di governo e ricerca - che comprendono però dati nominativi - in particolare per quel che concerne la necessità della raccolta del consenso (si è discusso il caso della cartella CACEDEM, il database regionale sulle demenze, dove insistono potenziali rischi, legati soprattutto alla raccolta dei dati genetici, per i pazienti e anche i loro familiari).

È stato quindi redatto dalla Commissione, e presentato da parte del dr Mora al congresso annuale Fnomceo, in tema di dati sanitari, che si tiene a Cortina (BL), cui la Commissione ha partecipato con l'ulteriore presenza del dr Del Zotti (membro anch'egli, come il dr Mora, della Commissione nazionale ICT della Fnomceo) e del dr Peruzzini, il seguente

Promemoria
Cortina d'A., 01/02/2019

Esiste una corsa delle Regioni (capofila il Veneto) all'informatizzazione dei dati, molto spesso sulla base di piani o previsioni nazionali, e talora anche su iniziative proprie; In tali trattamenti sembra esservi una sovrabbondanza di dati raccolti

rispetto alle finalità esplicitate, a dispetto del principio di minimizzazione sancito dal regolamento UE (GDPR), e sul versante dei flussi informativi obbligatori, a fini di programmazione e ricerca, che comprendono però dati nominativi, e per finalità assistenziali, per le quali si presentano cogenti problemi di acquisizione del consenso, spesso delegata al medico;

In generale, resta da definire quali limiti imponga il GDPR all'autorità pubblica nell'esercizio della potestà sui dati dei cittadini; vi è un limite giuridico a tale discrezionalità?

Esiste, a livello normativo, una discrasia tra livello deontologico e prassi comune in sanità pubblica: da una parte la deontologia, che impegna il professionista ma non l'istituzione, limita il medico nel trattamento dei dati, dovendo questo limitarlo alle situazioni di sufficiente garanzia sulla sicurezza del trattamento stesso; dall'altra Regioni e aziende sanitarie impongono contrattualmente una serie di adempimenti, dall'altra ancora il giudice può contestare al professionista l'inosservanza e della legge e della deontologia: è pur vero che siamo servitori di più padroni, la scienza, l'etica, la legge, il bilancio, il paziente, ma se questi non vanno d'accordo, i problemi ricadono su noi; Non sappiamo se e quali Ordini abbiano istituito una commissione che si occupi di ICT e sicurezza dei dati. Il programma di lavori che vorremmo proporre è pertanto:

- formulare una serie di questioni aperte, cercando di approfondire i punti non chiari;
- coltivare i rapporti con associazioni professionali e dei pazienti, in partnership; individuare potenziali esperti e consulenti;
- valutare l'emersione di eventuali risposte e soluzioni ai quesiti, e articolare possibili proposte operative e best practice da proporre su tavoli regionali e centrali.

I lavori della Commissione nazionale, ivi riunita, si sono conclusi col proposito di esaminare, fra le altre, le cogenze presentate, e sottoporle ad esperti e consulenti per un miglior inquadramento.

La Commissione dell'Omceo Verona ha in seguito affrontato il caso della richiesta agli interessati, da parte di alcuni reparti dell'AOUI di Verona, a seguito di visite in regime di intramoenia, di inviare a mezzo mail l'impegnativa di ricovero. Ne è sorta una animata discussione, che verteva sulla protezione dei dati, sulle liste di attesa, sul rapporto tra attività pubblica e privata (quantunque l'intramoenia sia considerata legittimamente un canale parallelo all'assistenza pubblica, con la possibilità di ricorrervi, ricevendone rimborso, in caso di tempi d'attesa eccedenti quelli previsti).

Le conclusioni tratte a maggioranza sono state le seguenti:

- come suggerito da Roberto Mora, il centro della questione dovrebbe essere il paziente e il suo primario interesse
- il fatto che un coordinatore di reparto (figura non medica) inviti il paziente (non il medico) a inviare una richiesta via mail, tocca la deontologia medica solo indirettamente: l'unico dovere del medico infatti è avvertire il paziente sulla scarsa sicurezza del mezzo impiegato
- rimane che il MMG viene messo davanti al fatto compiuto di decisioni di ricovero già prese, di cui alle competenze della Commissione Ospedale-Territorio
- l'unico medico che in effetti è toccato direttamente dalla questione è il direttore sanitario dell'AOUI, anch'esso membro della Commissione Ospedale-Territorio

La risoluzione è stata pertanto quella di interessare e sensibilizzare tale commissione, nelle persone di uno o più dei membri.

Il quesito che rimane aperto è se la deontologia si sta allontanando dalla realtà, o la realtà sta andando al di là del lecito; se abbia senso caricare sul medico il gravame della verifica delle garanzie sulla sicurezza dei dati, come fa la deontologia, e dall'altra parte opporgli delle sfide sempre più complesse che fra le altre cose rischiano di distoglierlo ulteriormente dall'attività assistenziale, pur nella debita considerazione dell'accountability del professionista.

Ciò segnatamente quando i dati sono trattati per una struttura pubblica. Il fatto poi che l'Ordine sia una pubblica amministrazione, un organo sussidiario dello Stato e delle sue finalità, come lo pone rispetto a indirizzi pubblici e istituzionali di trattamento dei dati, quando questi vengono ad avere un impatto non irrilevante sulla vita professionale del medico? Quale interesse prioritario viene tutelato, se la raccolta dei dati è finalizzata a previsioni di salute collettiva, e al contempo rischia di limitare, in caso di mancato consenso, l'accesso ai servizi stessi?

Relazione il dr Mora (22/05/19)

Nella riunione della Commissione ICT della Fnomceo del 17 maggio 2019 non viene dato seguito alle questioni poste a Cortina.

Viene invece posto il problema dell'identità digitale del professionista attraverso il sistema SPID, come avviene per i cittadini: si tratterebbe di un unico canale di accreditamento elettronico dei Medici su tutti i sistemi di interesse pubblico (SSN, INPS, INAIL...); tale centralizzazione rischia di tagliare fuori gli Ordini nella loro funzione di garantire per gli iscritti. Il dr Mora allega una relazione presentata alla Fnomceo sull'identificazione digitale del professionista. La commissione centrale ICT si riunirà nuovamente il prossimo 5 luglio.

Relazione il dr Del Zotti

È seguito un confronto interlocutorio col DPO dell'AOUI sulla problematica della richiesta agli assistiti di invio a mezzo mail dell'impegnativa di ricovero; propone un incontro con la direzione medica dell'AOUI insieme al DPO.

Si è tenuto a Torino il 18/05 un convegno sulle problematiche della protezione dei dati in sanità: è stato posto il caso del MMG di Milano cui è stato revocato il rapporto convenzionale per essersi rifiutato, in ossequio a un'osservanza letterale della deontologia professionale, di interagire col sistema regionale SISS, in difetto di adeguate garanzie sulla protezione dei dati da conferire. Ritorna pertanto

la problematica sempre più emergente che ci costringe a chiederci fino a che punto il rigore deontologico deve impegnare il medico nel cercarsi di tali garanzie; gli Ordini possono chiedere alle Regioni rassicurazioni sempre più stringenti? Si propone l'idea di uno stress test da parte di agenzie indipendenti, sollecitato dagli Ordini. In data 11/10/19 si tiene un incontro, alla presenza del Presidente Ruggiu, col referente della Commissione Ospedale-Territorio dr Orcalli, di chiarimento sulla questione precedentemente posta della richiesta al paziente di invio a mezzo mail, da parte di alcune UO della Azienda Ospedaliera, dell'impegnativa di ricovero.

Il dr Orcalli rende noto essere stato istituito un comitato di verifica della Commissione H-T, del quale fanno parte i direttori sanitari dell'Azienda Ospedaliera e Sanitaria; propone pertanto di sottoporre il quesito a tale livello, prospettando delle soluzioni. Viene altresì discussa la problematica della mancanza delle credenziali di accesso, per i colleghi che sostituiscono i medici di famiglia, al sistema Webcare per la prescrizione delle strisce reattive per diabetici, cosa che contribuisce a creare una ambiguità sull'identità digitale del prescrittore. Nelle more di una identità digitale unica per tutte le applicazioni, che in questo momento non dialogano tra loro, è necessario dotare tutti gli interessati della possibilità di accedere alle diverse piattaforme con proprie credenziali.

Si propone pertanto di sottoporre al comitato di verifica della Commissione H-T le seguenti proposte operative:

- chiedere all'Azienda Ospedaliera di integrare nel documento che viene rilasciato al paziente dai reparti ospedalieri un disclaimer che indichi l'invio mail come mezzo poco sicuro, e in alternativa la possibilità di invio a mezzo postale, fax, PEC o di persona;
- proporre alle Direzioni Sanitarie di chiedere alla Regione di accordarsi con gli Ordini allo scopo di dotare delle credenziali di accesso al sistema Webcare i medici che si rendono disponibili a effettuare sostituzioni di medici di famiglia.

Relazione sulla attività della commissione: GIOVANI MEDICI E NEOABILITATI

Coordinatore: Salvatore Claudio
Componenti: De Rossi Arianna, Salvatore Claudio, Borghesani Anna, Fostini Anna Chiara, Guarneri Ilaria

La commissione ha organizzato nel mese di ottobre l' incontro tra i nuovi iscritti il commercialista e l' assicuratore consulenti dell' ordine, per dare informazioni su come iniziare l' attività di medico chirurgo e odontoiatra.

All' inizio del prossimo anno verrà inviato agli iscritti all' Ordine tra il 2015 e il 2019 il questionario che era stato usato nel quinquennio 2010-2015 per conoscere la situazione occupazionale ed eventualmente fare il confronto tra i due quinquenni.

Relazione sulla attività della commissione: MEDICINE COMPLEMENTARI

Coordinatore: Dall' Anese Enrico, Elio Amedeo

Componenti: Brigo Bruno, Cardini Francesco, Dall' Anese Enrico, Di Spigno Franco, Amedeo Elio, Gobbin Claudio, Pugliarello Rosario

La Commissione delle Medicine Complementari nel corso dell'anno 2019, fino alla data odierna, si è riunita quattro volte e ha svolto le seguenti attività:

- **Valutazione delle domande** di iscrizione ai registri delle differenti discipline individuate nell'Accordo Stato-Regioni, formulate dai colleghi che hanno completato il ciclo di formazione secondo le norme definitive previste dall'Accordo stesso, presso enti formativi **accreditati**.
- **Valutazione delle domande** di iscrizione ai registri delle differenti discipline, sopraccitate, formulate dai colleghi che hanno seguito e completato il ciclo di formazione secondo le norme definitive previste dell'Accordo Stato-Regioni, presso enti formativi **non accreditati**.
- **In assenza dell'attuazione** del sistema di accreditamento delle scuole di formazione nelle diverse discipline delle medicine complementari, previste dall'Accordo

Stato-Regioni, da parte della Regione Veneto, è stato contattato il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Del Veneto, dr Francesco Noce, affinché portasse all'attenzione del Direttore Generale Area Sanità Regione Veneto la richiesta di attivare l'apparato di accreditamento delle scuole e degli enti di formazione per le medicine complementari del Veneto.

Il dr Pugliarello, nel frattempo, aveva seguito l'iter del disegno di legge regionale relativo all'accREDITAMENTO delle scuole ed enti formativi, che **risultava in giacenza** presso la VI^o Commissione. Tale disegno di legge prevede, oltre all'attuazione del sistema di accreditamento, una copertura e sanatoria per i colleghi che hanno ottenuto il completamento della formazione nel periodo dei 3 anni successivi al termine del precedente periodo transitorio previsto dall'Accordo Stato-Regioni.

- **In assenza del recepimento** da parte della Regione Veneto dell'Accordo Stato-Regioni del 07.02.2013 in tema di criteri e modalità per la certificazione di qualità della formazione ed esercizio delle Medicine Complementari e considerato che l'Accordo non prevede né un obbligo né un termine di recepimento dello stesso da parte della Regione, la Commissione per le Medicine Complementari **ha deciso all'unanimità**, dopo attenta e particolareggiata analisi della situazione in essere e previo conforme parere del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona, di iscrivere nelle sezioni di competenza, i richiedenti aventi diritto che abbiano effettuato, presso soggetti pubblici o privati, **un percorso di formazione** in agopuntura, fitoterapia e omeopatia **rispondente ai criteri di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 07.02.2013**.



Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 11 SETTEMBRE 2019

Presenti: Tutti

Verbale della seduta precedente: approvato.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- Viene illustrato il documento dell'Università di Milano relativo alla problematica delle resistenze batteriche agli antibiotici. È in progetto una conferenza stampa sull'argomento. Se ne chiede l'approvazione di tutti i membri CAO (che è concessa) e la totale partecipazione di tutti i componenti.
- Si informa che il prossimo 12 ottobre si terrà a Bologna il convegno "esercizio della professione odontoiatrica in forma societaria" al quale parteciperanno la Presidente ed il Dott. Bovolin.
- Il Presidente illustra il documento del Consiglio Superiore di Sanità inerente la liceità delle prestazioni di terapie estetiche da parte di odontoiatri. Tale documento verrà inviato a tutti i membri CAO con preghiera di approfondimento.
- Questione strutture denominate "cliniche" - viene ripercorso l'argomento riguardante le strutture odontoiatriche denominate "cliniche" e non in regola in quanto la dizione "clinica" presume la presenza di strutture terapeutiche complesse, non riconducibili a quelle della comune odontoiatria, con posti letto di degenza. Il Presidente riferisce di aver scritto alle strutture presenti sul territorio veronese per modificare il nominativo. Già due di queste si sono rese disponibili a modificare quanto richiesto.

- Il Presidente riferisce ai presenti di aver ricevuto una segnalazione riguardante la struttura "XY". Nella segnalazione viene evidenziato che non appaiono sul sito della struttura i riferimenti del direttore sanitario e vi compaiono brevi video riguardanti tematiche odontoiatriche illustrate dal titolare dello studio, non medico. Direttore sanitario risulta essere, da corrispondenza intercorsa con il Comune di S.V., il Dott. HH, che è già stato invitato per un colloquio informativo per il giorno 18 settembre prossimo.

A seguire vengono prese in esame 8 relazioni istruttorie per casi di pertinenza odontoiatrica e si prende atto che un sanitario, condannato a sospensione in precedente procedimento ha presentato ricorso in CCEPS. Di conseguenza si dà atto al legale dell'ordine di "resistere al gravame".

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 9 OTTOBRE 2019

Presenti: Boscagin, Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni

Letture ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato con una modifica.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- Il Presidente informa i presenti che il Dott. Zanon Giulio ha comunicato di aver assunto l'incarico di Direttore Sanitario presso lo Studio Nicolis. La CAO prende atto
- Circolare parere Consiglio Superiore di Sanità su terapie estetiche: il Presidente, durante l'ultima riunione CAO, aveva disposto di inviare a tutti i membri la circolare riguardante il parere del CSS su terapie estetiche. Viene presa in considerazione la circolare di cui il contenuto era a tutti noto. I presenti prendono atto.

riore di Sanità su terapie estetiche: il Presidente, durante l'ultima riunione CAO, aveva disposto di inviare a tutti i membri la circolare riguardante il parere del CSS su terapie estetiche. Viene presa in considerazione la circolare di cui il contenuto era a tutti noto. I presenti prendono atto.

- Delibera su Linee Guida del messaggio informativo in Odontoiatria. Il Presidente da lettura dell'articolo a firma Roberto Maccagno di "Odontoiatria 33".
- Il presidente da lettura di una lettera a firma dei presidenti CAO del Veneto in merito a evento promosso da MOICO e riguardante l'istituzione di cosiddette "gabbie di vetro" installate presso la mostra del cinema di Venezia lo scorso settembre e all'interno delle quali sono stati effettuati, quasi fosse uno spettacolo popolare, degli interventi di chirurgia odontoiatrica. Viene data lettura della lettera inviata al Sindaco del Comune di Venezia, Al Procuratore della Repubblica di Venezia e al comando Nas di Treviso nella quale si chiede a quale titolo, con che modalità autorizzative ma anche con quale rispetto etico s'era dato il nulla osta a tale show commerciale. La CAO prende atto e approva.
- Il Presidente relaziona i Presenti sull'Assemblea dei Presidenti CAO tenutasi a l'Aquila lo scorso giugno.
- Il Presidente riferisce sull'articolo di Odontoiatria 33 riguardante un caso pertinente un'overtreatment eseguito su paziente cui poi seguì causa legale giunta in Cassazione e da questa esitata con giudizio di colpa professionale. La cassazione in breve sintesi condanna un evento assai comune in cui un dentista, anziché promuovere ed eseguire una terapia di mantenimento di elementi dentali naturali, possibile, ne esegue invece estrazioni provvedendo poi alla sostituzione e riabilitazione impiantare. Ne verrà mandata copia a tutti i membri CAO.

Vengono poi prese in esame due relazioni istruttorie che richiederanno ulteriori approfondimenti.

Una nuova nota AIFA: la 96

Con Determina AIFA n. 1533/2019 (G.U. n. 252 del 26.10.2019), è stata istituita la **Nota AIFA n. 96** relativa alla prescrizione, a carico del SSN, dei farmaci indicati per la prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto (età ≥ 18 anni). I farmaci inclusi nella nota sono: **co-lecalciferolo, colecalciferolo/Sali di calcio, calcifediolo**.

Pertanto, a seguito dell'istituzione della nota n. 96, per tutti i pazienti adulti, la rimborsabilità SSN di tali farmaci è limitata esclusivamente alle condizioni ivi previste.

La determina di istituzione della nota 96 è entrata in vigore dal giorno successivo alla sua pubblicazione in GU, quindi dal 27.10.2019. Poiché, come

2017		2018	
Confezioni n.	Spesa €	Confezioni n.	Spesa €
2.780.003	11.579.925,69	2.840.739	11.956.040,98

comunicato per le vie brevi dall'ufficio competente -UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero- il sistema SAC/SAR è stato aggiornato opportunamente nel corso della giornata di lunedì 28.10, è possibile che si siano verificati alcuni disallineamenti nella prescrizione ed erogazione della ricetta dematerializzata dei medicinali oggetto di nota. Tuttavia si precisa che il sistema informatico, già da ieri, funziona correttamente.

AIFA ha inoltre specificato che, l'istituzione della Nota 96, si colloca nell'ambito delle attività di rivalutazione dell'appropriatezza prescrittiva condotta dalla Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA che, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, ha ritenuto opportuno introdurre nuovi criteri regolatori per la prescrivibilità a carico del SSN, nella

popolazione adulta, della vitamina D. A riguardo si riportano alcuni dati relativi ai consumi e alla spesa in convenzionata nella Regione del Veneto, negli anni 2017-2018 per i farmaci oggetto di nota: *(vedesi tabella)*.

Si specifica, infine, che, nelle more di un analogo processo di rivalutazione da parte di AIFA, restano al momento invariate le condizioni di rimborsabilità a carico del SSN di tali farmaci nella popolazione pediatrica.

Si chiede alle SS.LL in indirizzo di informare tutti i soggetti interessati,

Cordiali saluti

IL DIRETTORE
DIREZIONE FARMACEUTICO
-PROTESICA- DISPOSITIVI MEDICI
Dott.ssa Giovanna Scroccaro

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)

Congedo ...

Correva l'anno 1982 quando iniziò il mio percorso all'Ordine.

Venni convocato dall'allora Presidente Prof. Giorgio De Sandre il quale, valutati i suggerimenti di un comune amico, mi propose di assumere l'incarico di direttore dell'Ordine dei Medici di Verona. Titubante e con molti dubbi sulle mie capacità di affrontare questa nuova sfida, accettai l'incarico e mi trovo ora, dopo trentasette anni vissuti al servizio dell'Ordine ad esprimere con forza il dovere di ricordare e salutare con affetto e gratitudine tutti coloro che, con lealtà e amicizia, hanno fatto parte di questo mio cammino.

Molti non ci sono più ci hanno lasciato, ma rimane tutt'ora in me il ricordo doloroso della loro dipartita da questa vita. Essi sono i past-President con i quali mi sento ancora onorato di aver lavorato al loro fianco: De Sandre, Sandri, Fazzini, e i Tesorieri Barbetta e Geremia.

Ricordo con sincero affetto i past President: Orcalli, Carrara, Alberton, Mora, i vice presidenti Pomari e Cordioli, tutti i consiglieri che si sono avvicendati nell'incarico, i componenti la commissione odontoiatri che non mi hanno mai fatto mancare la loro solidarietà.

L'incarico svolto in questi decenni ha rappresentato per me un'ulteriore e preziosa opportunità di arricchimento personale consentendomi anche di confrontarmi e collaborare con persone straordinarie, dotate di grande senso di appartenenza ai valori deontologici e professionali propri di chi è dotato di rara sensibilità.

Non debbo dimenticare le mie colleghe di lavoro: Mariarosa che ci ha lasciato per una grave malattia, Sabrina e Angelisa ora in giusta quiescenza per anzianità, che mi hanno sostenuto nei molteplici impegni ai quali sono stato chiamato; le attuali colleghe Virna, Rosanna, Alessandra, Barbara ed Elisabetta che hanno avuto la pazienza di sopportarmi e sostenermi nei momenti di difficoltà, con le quali vi è stata una piena e continua sinergia, nel far fronte ai sempre più crescenti ed impegnativi adempimenti istituzionali.

Non posso non ricordare le migliaia di medici veronesi con i quali ho avuto un sincero e amichevole rapporto di lavoro, un particolare e sincero saluto lo rivolgo al dott. Giuseppe Costa attuale presidente dei medici pensionati.

Rivolgo infine un grato saluto a tutti coloro che mi hanno dato la loro solidarietà ed amicizia. Vi saluto con un grande abbraccio lasciando il mio incarico in punta di piedi, ringraziando di cuore ognuno di voi per aver fatto parte di questo mio viaggio e augurando all'attuale Presidente Dottor Rugiu ed ai suoi collaboratori un futuro foriero di soddisfazioni nell'impegnativo incarico.

GIORGIO PIER PAOLO CERIONI
Revisore Legale

Caro Paolo,
Insieme si è fatta una buona parte di quella strada. Avverti avuto come compagno è stata un'esperienza indimenticabile. Ho imparato a conoscerti e ad apprezzarti, come collaboratore ma anche come amico.
Un abbraccio,

ROBERTO MORA

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.

L'assistenza sanitaria agli ospiti anziani non Autosufficienti dei centri di servizi dell'aulss 9 Scaligera

Aspetti professionali e bisogni formativi in una ricerca dei medici di medicina generale

L'Italia è uno dei paesi europei con una quota di popolazione longeva sempre più consistente. Si tratta di persone anziane che, per comorbidità e perdita conseguente dell'autosufficienza, hanno un forte impatto sui sistemi socio-assistenziali.

L'assistenza ai pazienti con multipatologie croniche e fragili nelle "residenze protette" o "strutture intermedie" tra il domicilio e l'ospedale diventa in Italia un segmento sempre più rilevante del sistema complessivo delle cure, da un lato per il mutamento demografico e della struttura familiare, con la ridotta capacità di presa in carico e dall'altro per il cambiamento della funzione degli ospedali destinati a ricoveri brevi per patologie acute. In Italia attualmente le Long Term Care (LTC) territoriali sono fondamentalmente di due tipi: cure domiciliari e cure in strutture extraospedaliere per la gestione delle quali le Regioni godono di autonomia con conseguente diversificazione dei servizi sul territorio nazionale.

In Veneto negli anni, per tali strutture è stata modificata la denominazione da "Case di riposo" a "Centri di Servizi". Il cambio del nome non è un puro formalismo ma esprime il passaggio da una ospitalità "alberghiera" a strutture che erogano servizi di assistenza sanitaria e sociale in rapporto al cambiamento della domanda dovuto all'attuale scenario con schiere sempre più infoltite di anziani ospiti affetti da comorbidità, non autosufficienti, non di rado in condizioni terminali di malattia cronico-degenerativa o neoplastica. Le cure mediche nei Cen-

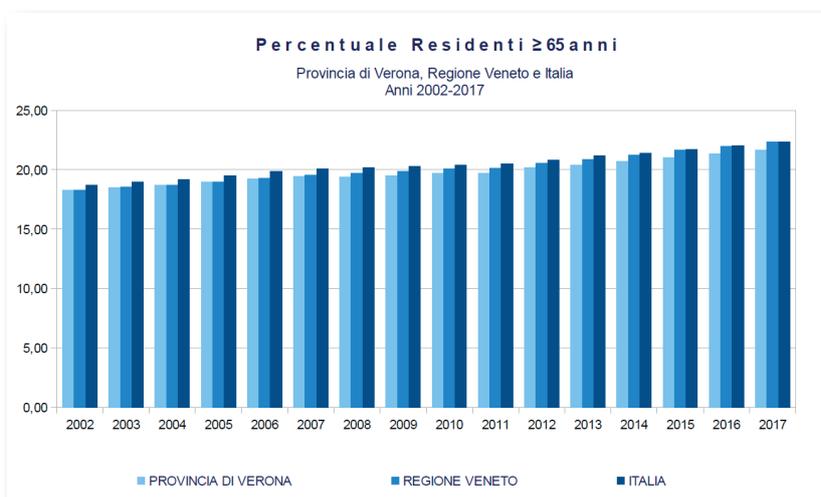
tri di Servizi propongono quindi una serie di nuovi temi rilevanti e specifici per il profilo professionale dei medici incaricati dell'assistenza e per la loro formazione. Scopo di questo studio è quello di contribuire alla individuazione di questi temi e alla formulazione di qualche proposta per una migliore qualità dell'assistenza medica agli ospiti nei Centri di Servizi partendo dai loro bisogni. La ricerca, approvata dal Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica delle Province di Verona e Rovigo in data 08/08/2018 e autorizzata con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, N. 540 del 23/08/2018, ha riguardato gli anziani non autosufficienti ospiti dei Centri Servizi dell'Aulss 9 Scaligera e si è basata sulla analisi delle informazioni ottenute da:

- archivi pubblici dell'ISTAT
- archivi relativi alle Schede SVAMA 2016-17 messi a disposizione dalla Regione Veneto,
- archivi relativi al consumo dei farmaci nei Centri Servizi, forniti dall'Aulss 9 Scaligera.

- questionario che abbiamo elaborato e proposto ai MMG che prestano assistenza medica nei Centri di Servizi della Provincia di Verona.

IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO

Il panorama che emerge dall'analisi sociodemografica italiana vede un progressivo invecchiamento della popolazione. La speranza di vita media alla nascita si è innalzata al di sopra degli 80 anni a partire dagli anni Settanta. In particolare, è di 80,6 anni per gli uomini e a 84,9 anni per le donne. Al 1° gennaio 2018, il 22,6% della popolazione ha età compiuta superiore o uguale ai 65 anni, il 64,1% ha età compresa tra 15 e 64 anni mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni. In Veneto l'andamento socio-demografico è in linea con quello italiano: la popolazione invecchia e la fascia d'età over 65 anni è salita al 22,6% del totale nel 2017 rispetto al 18,3% del 2002. La popolazione residente è stazionaria, pari a 4.907.529 persone. L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra la popolazione oltre i 65 anni e



la popolazione più giovane 0-14 anni è di 1,6 a 1. In altre parole, di fronte a 100 giovani ci sono 163,6 over 65 anni. L'incremento della popolazione anziana della Provincia di Verona si è mantenuto inferiore rispetto sia al Veneto che all'Italia.

Nel 2017 il 21,65% dei residenti nella Provincia di Verona ha un'età ≥ di 65 anni e questa quota è sensibilmente inferiore se confrontata alla quota di ≥ 65 anni, sia della popolazione italiana (22,33%) che del Veneto (22,34%)

L'allungamento dell'età media di vita si accompagna anche a un relativo aumento della prevalenza di patologie cronico degenerative e di non autosufficienza. Da qui deriva la necessità di pianificare un sistema di cure per sostenere questa fetta di popolazione sempre più numerosa.

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E IL SISTEMA ACG

Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale affrontato nella DGR n. 13/DDL del 28/05/2018 affronta il tema della cronicità in Veneto. I bisogni di salute dei cittadini veneti sono stati ricavati attraverso il progetto AGC (Adjust Clinical Group), nato dagli studi Barbara Starfield negli anni '70 e poi sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora. Questo sistema prevede l'utilizzo dei flussi informativi dalle AULSS sulle patologie e il consumo di farmaci per suddividere la popolazione veneta; ciascun gruppo corrisponde a un consumo atteso di risorse sanitarie. I dati del 2015, elaborati con il sistema ACG, mostrano un aumento della prevalenza delle malattie croniche sopra i 55 anni (50% dei cittadini ha almeno una condizione cronica), e di comorbidità (20% della popolazione). Sopra gli 85 anni 2/3 dei soggetti presentano almeno due patologie. I costi correlano con il numero di condizioni croniche. Le condizioni croniche più diffuse: malattie cardiache, dislipidemie, diabete, demenze e BPCO, sono spesso compresenti nello stesso soggetto. In particolare, l'ipertensione arteriosa è del 60,5% nei soggetti dai 65 e 74 anni, del 79% sopra gli 85 anni. Il 50% degli ipertesi presenta almeno un'altra patologia cronica: m. cardiaca, diabete, dislipidemia. Il 46,2% dei diabetici presenta in media almeno 3 condizioni croniche, nella

fascia d'età >75 anni tale percentuale aumenta a 61%. La demenza ha una prevalenza sopra i 65 anni del 52,2%.

I NUMERI DELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI: IN ITALIA, VENETO

In Italia i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari dispongono di 390.689 posti letto. Oltre i 2/3 dei posti letto complessivi (75,2%) sono ubicati in presidi residenziali di tipo socio-sanitario. L'offerta di posti letto è fortemente squilibrata sul territorio nazionale: nel Nord son presenti il 64% dei posti letto totali. Le persone assistite con più di 65 anni sono circa 288 mila (75,2%).

In Veneto il mondo dei Centri Servizi per gli anziani è costituito da strutture pubbliche e private. La regione Veneto riconosce un numero definito di posti letto "autorizzati" per il Centro Servizi e di questi una quota variabile può essere "accreditata", ossia, ospita pazienti con "impegnativa di residenzialità". Quest'ultima è un'indennità regionale rilasciata al cittadino dall'Azienda ULSS, che copre il costo dell'assistenza socio-sanitaria ma non dell'assistenza "alberghiera" che è sempre a carico dell'ospite o del comune di residenza.

Ogni Azienda ULSS ha a disposizione un numero programmato dalla Regione Veneto di impegnative che vengono assegnate ai cittadini sulla base di una graduatoria definita in sede di UVMD con la scheda SVAMA. Per ottenere l'accesso con impegnativa al Centro di Servizi è necessario un punteggio minimo di 60 punti ottenuto da calcoli complessi e specifici espressi dalla scheda SVAMA, che tengono in considerazione, trasformandoli in punti percentuali da 0 a 100, le condizioni di dipendenza in cui le persone vengono a trovarsi a causa della propria situazione sociale e sanitaria, anche in considerazione dei diversi aspetti della condizione personale.

Il punteggio SVAMA definisce una graduatoria per l'accesso con impegnativa ai posti letto nei Centri di Servizi gestita dalle varie ULSS per i propri cittadini residenti.

L'impegnativa consente al cittadino la possibilità di scegliere il Centro di Servizi con i limiti delle disponibilità.

Le impegnative si distinguono in impegnative di primo e secondo livello sulla base di 17 "profili" definiti attraverso la scheda SVAMA. Il primo livello corrisponde ad una intensità di assistenza sanitaria definita "ridotta" e "minima" e viene identificato da profili SVAMA dal 2 al 13 e comprende il 16 (pazienti lucidi o confusi, deambulanti o allettati con problemi di salute di grado diverso); il secondo livello corrisponde ad una intensità di assistenza sanitaria definita "media" codificata da un profilo SVAMA 14,15 e 17 (pazienti con vari problemi di salute rilevanti e/o problemi comportamentali). I pazienti con impegnative di secondo livello (media intensità) possono essere inseriti in Centri di Servizi con una disponibilità complessiva di posti letto non inferiore a 60, che assicurino assistenza sanitaria nell'arco delle 24 ore.

L' "impegnativa", cioè la quota sanitaria, ha un valore giornaliero di 49 euro per il primo livello e di 56 euro per il secondo livello. Secondo la normativa vigente in Veneto la dotazione di posti letto di secondo livello non deve superare il 25% dei posti letto complessivi.

In totale ci sono 31.942 posti letto autorizzati nei Centri Servizi veneti, dei quali 15.724 in strutture pubbliche (49%) e 16.218 in strutture private (51%). La presenza giornaliera è di 29.500 utenti medi. Nel 2017 il totale delle persone utilizzatrici di impegnative sanitarie di I e II livello erogate dalla regione sono 29.799, di cui 24.000 per il I livello e 5.799 per il II livello. I posti non utilizzati da ospiti con impegnativa (ospiti fuori convenzione) possono essere utilizzati per ospiti che pagano l'intera tariffa sia alberghiera che socio-sanitaria.

L'OFFERTA DEI CENTRI DI SERVIZI PER ANZIANI VERONESI, LA POPOLAZIONE, LA DURATA, LA CHIUSURA DELLE IMPEGNATIVE, I DECESSI

In provincia di Verona ci sono n. 82 Centri di Servizi convenzionati con l'ULSS 9 Scaligera e localizzati in 57 su 98 comuni della provincia di Verona, dai piccoli comuni di montagna al centro città, a testimoniare una realtà che si è strutturata nel tempo con l'obiettivo di offrire ospitalità

possibilmente all'interno delle proprie comunità (Una mappa interattiva dei C.S. dell'aulss 9 Scaligera è stata resa disponibile al link: <https://www.fimmgverona.org/centri-servizi-aulss-9-scaligera/>).

I Centri di Servizi, grandi e piccoli, offrono una variabilità di posti accreditati da 12 a 237: in particolare, 3 centri di servizi hanno meno di 20 posti letto, 42 ne hanno tra 20 e 59, e 37 ne offrono più di 60.

La maggior parte dell'offerta di posti letto si concentra nei Centri di Servizi con Unità Di Offerta (UDO) di 1° e 2° livello, inclusi i Religiosi, con 5516 posti letto autorizzati di cui 5309 posti letto accreditati (Fonte: Anagrafica Unità di Offerta, Regione Veneto, dati aggiornati giugno 2018, <http://extra-ospedaliero.regione.veneto.it/area-anziani/anagrafica-ud>).

Dall'analisi di 6025 SVAMA effettuate per l'ammissione nel 2017, 5453 sono risultate essere per l'ingresso in UDO di 1° e 2° livello, incluse quelle per religiosi. Dall'analisi di 5726 SVAMA di ospiti di 1° e 2° livello over 65 anni con almeno 1 giorno di presa in carico risulta che nel 2017 il 50% della chiusura delle impegnative è avvenuto entro 1 anno dall'ingresso. La causa principale di chiusura delle impegnative

Centri di Servizi a Verona: posti letto accreditati



GRAFICO 4. Posti letto accreditati, ripartizione tra i Centri Servizi veronesi.

ve è stato il decesso che nello stesso campione ha riguardato 1438 ospiti, il 25,11%. Il 22,39% dei decessi è stato di ospiti dei centri servizi da meno di

3 mesi, il 55,91% ospiti da meno di 2 anni. Il 5,62 % dei residenti decede entro 3 mesi dall'ingresso, il 10,36 % entro 1 anno e il 14,08 % entro 2 anni.

Tipologia di Ospite	2017		
	Decessi >= 65 anni		
	N° Residenti	Decessi	%
1° Livello (inclusi Religiosi)	4868	1158	23,79
2° Livello	858	280	32,63
1° e 2° Livello	5726	1438	25,11
SVAMA Analizzate	5726		

PATOLOGIE DEGLI OSPITI DEI CENTRI DI SERVIZI RICAVATE DALLE SCHEDE SVAMA

Sistema Convolto	1° Patologia		2° Patologia		3° Patologia		1°+2°+3° Patologia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sistema cardiocircolatorio	1443	26,46	1882	34,51	968	17,75	4293	78,73
Disturbi mentali / psicologici	2310	42,36	920	16,87	537	9,85	3767	69,08
Sistema muscoloscheletrico	512	9,39	645	11,83	532	9,76	1689	30,97
Malattie generali	294	5,39	275	5,04	562	10,31	1131	20,74
Sistema nervoso	290	5,32	296	5,43	148	2,71	734	13,46
Sistema endocrino metabolico e nutrizione	161	2,95	414	7,59	426	7,81	1001	18,36
Sistema digerente	139	2,55	116	2,13	130	2,38	385	7,06
Sistema respiratorio	93	1,71	427	7,83	133	2,44	653	11,98
Sistema urinario	60	1,10	205	3,76	292	5,35	557	10,21
Occhio	53	0,97	79	1,45	82	1,50	214	3,92
Sangue / linfatici / milza	38	0,70	44	0,81	32	0,59	114	2,09
Sistema genitale femminile	17	0,31	26	0,48	40	0,73	83	1,52
Orecchio	12	0,22	31	0,57	54	0,99	97	1,78
Cute e annessi	11	0,20	24	0,44	53	0,97	88	1,61
Sistema genitale maschile	8	0,15	16	0,29	12	0,22	36	0,66
Patologie non codificate	12	0,22	51	0,94	1	0,02		
Patologie non presenti	0	0,00	2	0,04	1451	26,61		
SVAMA con Patologia presente	5453	100,00	5451	99,96	4002	73,39		
SVAMA Totali analizzate (anno 2017)	5453							

Nel 2017 la valutazione multidimensionale effettuata al momento dell'accesso nei Centri Servizi di 1° e 2° livello dell'Aussl 9 Scaligera evidenzia che negli Ospiti è presente nel 78,73% una patologia del Sistema Cardio-circolatorio, nel 69,08% un Disturbo mentale/psicologico e nel 30,97% una patologia del Sistema Muscolo-scheletrico. Il 99,96% ha 2 patologie importanti, il 73,39% ne ha 3. La singola patologia più frequente è la Demenza senile/Alzheimer presente nel 50% degli ospiti.

PATOLOGIE DEGLI OSPITI DEI CENTRI DI SERVIZI RICAVATE DAI QUESTIONARI AI MMG VERONESI

I medici nella giornata standard hanno rilevato i seguenti problemi attivi negli ospiti visitati: la demenza è la patologia più rappresentata (41,9 %), insieme a patologie cardiache (28,9 %), sindrome da allettamento (19,9 %) e disfagia (19,9 %), seguono, in percentuale minore, il diabete (17,5 %), le malattie respiratorie croniche (17,7%) e gli esiti di ictus-vasculopatie cerebrali (17,5%), infine neoplasie (8,6 %) IRC-dialisi (8,1%), malattie neurodegenerative non vascolari (SLA, SM) (4,3 %). Nel giorno scelto per la rilevazione l'81 % (n. 339) degli ospiti è trattato con più di cinque farmaci e il 53% ha più di 5 patologie (n. 222).

Il 9% degli anziani, pari a 181 degli ospiti totali dei C.S., presenta stomie-PEG-sondini, il 4%, ovvero n. 81, è terminale con aspettativa di vita minore di 60 giorni, il 20%, cioè n. 403, è allettato cronico. Considerando i 5453 utenti dei C.S. di 1° e 2° livello dell'intera Provincia di Verona nel 2017 (dato ricavato dalle schede SVA-MA anno 2017) i pazienti con PEG-stomiesondini sono 491, i terminali sono 218 e gli anziani con sindrome da allettamento cronico sono 1091. Il giorno della rilevazione i pazienti visitati presentavano almeno due patologie croniche riacutizzate.

4. ASSISTENZA MEDICA NEI CENTRI DI SERVIZI IN VENETO

L'assistenza medica nell'anno 2017 è stata garantita da n. 602 medici che per il 89,7% sono MMG. Dal 2016 al 2017 vi è stata una riduzione complessiva del numero di medici che operano nei CS e in particolare dei MMG (-5,9 %).

In Veneto l'assistenza medica nei Centri di Servizi fino al 2017 era regolata dalla *DGR n. 3856 del 03.12.2004*. Nel corso del 2017 e 2018 la revisione delle convenzioni tra ULSS e CS ha riguardato anche l'assistenza medica riconfermando che viene garantita dall'ULSS e che viene affidata in via preferenziale ai medici di famiglia.

La *DGR n 1231 del 14 agosto 2018* ha stabilito che l'azienda ULSS garantisca l'assistenza agli anziani non autosufficienti dei Centri di Servizi individuando in ordine i medici fra i Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale (inclusi e non nella graduatoria regionale di MMG); Medici con profili attinenti al ruolo di medico curante.

Il medico curante deve garantire almeno 22 ore settimanali ogni 60 ospiti assistiti, da ripartire su 5 giorni, dal lunedì al venerdì, con orario definito. Nell'arco delle 22 ore è incluso un tempo dedicato al colloquio con i familiari degli ospiti assistiti. Il MMG incaricato di assistenza nel CS è vincolato al tetto massimale di assistiti previsto da ACN (1500) comprensivo delle scelte sia come medico famiglia che per gli ospiti del CS. Oltre la quota capitaria, il MMG ha un'indennità aggiuntiva per l'assistenza nel CS.

4.1 ATTIVITÀ DEI MMG NEI CENTRI DI SERVIZI VERONESI

I MMG partecipanti alla ricerca assistono complessivamente 2013 ospiti over 65 anni dei Centri di Servizi di Verona, pari al 37 % del totale degli anziani che nel 2017 sono entrati in struttura (tipologia I-II livello) (n. 5453). Gli ospiti dei Centri di Servizi (n. 2013) sono per l'81% (n. 1626) in Convenzione e per il 19% (n. 387) Fuori Convenzione. Ogni medico ha in carico in media 38 ospiti in convenzione.

Nel 61% dei casi gli ospiti Fuori Convenzione provengono dal domicilio (n. 121) nel 31% da ospedale (n. 26) e nel 8% dal Pronto Soccorso. Nel giorno definito per la rilevazione, i medici hanno visitato 418 ospiti, pari al 21% degli ospiti totali (n. 2013), di cui 334 in convenzione (80%) e 84 fuori convenzione (20%), ovvero, in media ogni medico ha visitato 10 ospiti,

corrispondenti al 21% dei pazienti in carico del C.S. (con una variabilità da 30 a 2), di cui 2 sono Fuori Convenzione (con una variabilità da 12 a 0) e 8 sono in Convenzione (con una variabilità da 30 a 0). Il 51,2 % dei medici (n. 22) riferisce di utilizzare Software per la gestione della cartella clinica e dei farmaci forniti dalla Struttura in cui lavorano; mentre l'11,6 % (n. 5) è supportato dall'utilizzo di Software personali per il management clinico e farmacologico. Dai risultati emerge che una quota non trascurabile, pari al 16,3% (n. 7), non si avvale di Software nel lavoro nel C.S. Per quanto riguarda la strumentazione disponibile nel Centro Servizi è emerso che il 97% (n. 42) dei medici dispone di termometro e saturimetro, il 93% (n. 41) di sfigmomanometro (n. 41) e il 74% (n. 32) di elettrocardiogramma; diversamente solo il 5% (n. 2) dei medici utilizza l'ecografo nella pratica quotidiana.

Nel questionario i medici sono stati invitati a esprimere un parere riguardo alle ore di lavoro nel C.S., in particolare se ritenessero le ore di lavoro adeguate al carico assistenziale e sostenibili rispetto all'attività di MMG. Il 77% dei medici considera il numero di ore adeguato al carico assistenziale e per il 74% dei medici le ore di lavoro sono sostenibili considerando anche il lavoro di medici di famiglia. I medici dedicano al colloquio con i familiari degli ospiti un tempo variabile per settimana, in media 3 ore settimanali con una variabilità da 0 a 12. Il 63 % dei medici ritiene che vi sia una carenza di risorse assistenziali per curare ospiti con elevati bisogni assistenziali e il 47 % auspica una maggior consulenza interna di specialisti.

Per 70% dei MMG la conflittualità con i parenti degli ospiti rappresenta una criticità, il 28% segnala conflittualità con direzione e altre figure professionali del C.S.

Inoltre, si è voluto indagare quali fossero per i medici le necessità formative per poter svolgere al meglio la loro professione nel C.S. Dalle risposte emerge che circa il 50% dei medici ritiene necessaria una formazione specifica del medico, un aggiornamento continuo nella formazione e una con-

divisione delle conoscenze con altri operatori che lavorano nell'ambito dell'assistenza dei C.S. La maggior parte dei medici considera il carico di lavoro notevole (37%).

ANALISI DEL CONSUMO DI FARMACI (ANNI 2016-2017)

FARMACI UTILIZZATI SUDDIVISI PER GRUPPO ANATOMICO

Le 5 categorie di farmaci più utilizzate sono risultate quelle per:

- Apparato Gastroenterico e Metabolismo (PPI e Macrogol)
- Sistema Nervoso (Psicolettici)
- Sistema Cardiovascolare (Diuretici, ACE-I)
- Sangue e Organi Emopoietici (aumento del consumo dei NAO)
- Antimicrobici (Antibatterici sistemici).

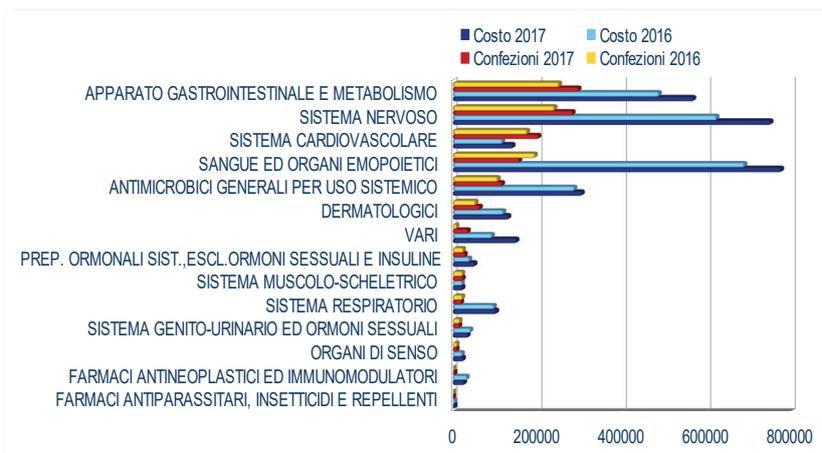
La spesa maggiore è determinata dal consumo di farmaci per il Sangue e gli organi emopoietici, fper il sistema nervoso e per l'apparato gastrointestinale.

VALUTAZIONE DELLE PROBLEMATICHE SANITARIE DEGLI OSPITI E DI ASSISTENZA MEDICA NEI CS

Una valutazione dei dati emersi dalla ricerca è stata fatta con il metodo del focus group in un team di medici operanti nei Centri di Servizi e raccogliendo il parere di esperti specialisti che a vario titolo operano nei CS.

I numerosi Centri di Servizi della provincia di Verona, che ricadono nell'ambito dell'ULSS 9 Scaligera, rappresentano una realtà costituita da centri servizi autorizzati, sia pubblici che privati, che si è strutturata nel tempo tra il centro città, la periferia, i comuni più popolosi ma anche i più piccoli paesi periferici e di montagna, a testimoniare la risposta all'esigenza delle famiglie di mantenere i propri cari in un contesto di cure sanitarie e assistenza più vicino possibile alla comunità d'origine.

All'interno dei Centri di Servizi il medico curante attualmente è, quasi sempre, il medico di famiglia. Questa scelta, caratteristica del Veneto, compiuta molti anni fa e recentemente riconfermata, è motivata da due elementi:



- la collocazione dell'assistenza medica nei Centri di Servizi nell'ambito delle Cure Primarie, in relazione dinamica con l'assistenza territoriale e domiciliare,
- il profilo delle cure basate sui metodi della medicina generale/di famiglia caratterizzate da presa in carico continuativa e carattere proporzionale delle cure in un approccio olistico al paziente.

Circa il 50% dei Centri di Servizi ha meno di 60 ospiti. È verosimile che in una buona parte di questi operi un solo medico. Questo potrebbe comportare alcuni problemi per le prestazioni non differibili e la sostituzione nei periodi di assenza del medico titolare. Secondo lo studio i MMG reclutati hanno in media 61 anni, sono massimalisti (1449 assistiti) e hanno una esperienza lavorativa di lunga durata in casa di riposo, in media 17 anni. Questo dato, considerato che il contratto per l'incarico di assistenza scade annualmente, evidenzia una scelta di stabilità nella prosecuzione dell'impegno assistenziale da parte dei MMG, e che i MMG lo considerano coerente con il loro profilo professionale e sostenibile anche rispetto al carico di lavoro complessivo come medici di famiglia.

Da un altro lato, l'età media di 61 anni dei MMG incaricati di assistenza, superiore all'età media dei MMG convenzionati a Verona, che è di 57 anni, comporta la necessità di prevedere un ricambio per effetto dei pensionamenti e il "reclutamento" di nuovi medici formati alla tipologia di assistenza

necessaria nei Centri di Servizi. I dati regionali confermano la diminuzione del numero di medici incaricati di assistenza e un corrispettivo aumento nel tempo del numero medio di assistiti. Ogni giorno i MMG visitano circa il 21% dei loro assistiti complessivi ad evidenziare una verosimile frequenza di controlli. Il 20% degli assistiti dai MMG visitati quotidianamente è senza impegnativa di residenzialità, questo dato è in linea con i dati amministrativi. È opportuno evidenziare che i soggetti senza impegnativa di assistenza sanitaria provengono per il 60% dal domicilio, presumibilmente per aggravamento di un problema di salute o di assistenza non più gestibile in famiglia, il 30% in dimissione post-acuta dall'ospedale e ben il 17% da Pronto Soccorso.

Questi dati fanno richiamare l'attenzione su un ruolo nuovo che i Centri di Servizi svolgono nel panorama complessivo dei servizi sanitari facendosi carico dell'assistenza a persone in fase critica con instabilità clinica e elevato bisogno assistenziale. Come corollario non è secondario sottolineare che paradossalmente queste persone ad elevato bisogno di assistenza sanitaria non abbiano la copertura con l'impegnativa di assistenza e ne sostengano il costo in privato. Questo elemento pone il paziente e i familiari del paziente in una particolare posizione come "pagante" sia verso la struttura che verso il personale di assistenza per la qualità dei servizi erogati. Per quanto riguarda l'assistenza medica inoltre emergono anche aspetti medico-legali sulla re-

sponsabilità professionale in assenza di una normativa specifica che regoli l'incarico di medico curante.

Il 42% dei pazienti visitati nel giorno standard di rilevazione presentavano una demenza, ma emerge dai dati soprattutto la comorbidità per la compresenza nel 53% degli ospiti di più di 5 patologie. Tra queste le patologie cardiovascolari (29%), patologie respiratorie (18%), esiti di ictus (17%) e malattie neurodegenerative (4%), il diabete nel 17% dei casi, neoplasie nel 9%, l'insufficienza renale e poi problemi ad alto impatto sulla qualità della vita e di assistenza come la disfagia (20%), la numerosità dei pazienti con PEG o sondini NG (9%) e la sindrome da allettamento cronico con piaghe da decubito (20%).

La presenza di comorbidità è supportata dal dato relativo al consumo di farmaci. In particolare, l'81% dei soggetti è in terapia continuativa con più di 5 farmaci. La ricerca evidenzia una epidemiologia dei problemi di salute, ma anche di gestione dell'assistenza, in questa specifica popolazione assistita nei Centri di servizi e sollecita una ridefinizione per il rapporto tra medico di famiglia e specialista (o tra territorio e ospedale) come ad esempio per i diabetici (circa 870 nei Centri di Servizio dell'ULSS 9) che difficilmente possono usufruire di consulenza nei CAD pur essendo in gran parte complicati e in trattamento con insulina.

Un dato significativo della rilevanza dei problemi di salute e di assistenza è quello dei pazienti in fase terminale che sono circa il 4% degli ospiti, cioè circa 218 nei Centri di Servizi dell'intera ULSS. Alcuni sono pazienti ospiti da tempo, ma altri provengono dal domicilio o dal Pronto Soccorso. Non risultano attivi nuclei di cure palliative, tranne in qualche limitata zona della provincia di Verona, e l'assistenza è totalmente in carico al MMG. Il confronto di questi dati con i dati relativi ai flussi regionali sulle schede SVAMA di ingresso del 2014, fa emergere una considerazione sulle codifiche piuttosto semplificate per necessità amministrative attraverso la SVAMA che la rende poco adeguata ai fini della valutazione dei bisogni assistenziali.

Al di là della concordanza sulla prevalenza di demenza tra la SVAMA e i nostri dati, la ricerca evidenzia la complessità dei pazienti dei Centri di Servizi e la rilevanza del carico di assistenza. Lo studio suggerisce anche una considerazione a proposito dei profili SVAMA come criteri per indicare i livelli di assistenza dei pazienti: per i profili SVAMA l'80% dei pazienti avrebbe bisogno di assistenza medica di primo livello (minima o ridotta) e solo il 20% avrebbe un bisogno di assistenza di secondo livello (assistenza media). La realtà dei nostri dati evidenzia come invece la maggior parte dei pazienti abbia bisogno di assistenza sanitaria rilevanti. A fronte di questi bisogni di cure la criticità più sentita dai MMG è la mancanza di strumentazione diagnostica e di risorse per l'assistenza adeguata.

A parte l'elettrocardiografo presente nel 74% dei casi, solo il 5% dei MMG utilizza un ecografo, strumento che oggi potrebbe validamente completare la semeiotica tradizionale per la diagnosi al letto del malato. Il prontuario terapeutico è insufficiente e andrebbe adeguato alle mutate necessità per circa il 50% dei medici.

I MMG segnalano anche le criticità nel rapporto con gli specialisti e l'ospedale in genere dovuti alle difficoltà di avere consulenze specialistiche in sede, alla complessità del trasferimento dei pazienti in ospedale con ambulanza e la mancanza di corsie preferenziali negli accessi alle consulenze o ai Pronto Soccorso. Solo il 51,2% dei Centri di Servizi dispongono di software gestionali propri. Il dato sollecita a considerare la necessità di dotare le strutture di software adeguati agli standard di qualità previsti per la gestione delle schede sanitarie individuali informatizzate e all'obbligo dei flussi informativi richiesti dall'ACN e dagli Accordi Integrativi Regionali. La particolare tipologia di assistenza medica nei Centri di Servizi dove da un lato c'è un gestore "amministrativo" (pubblico o privato), non sanitario, e dall'altra c'è la famiglia del paziente che comunque paga una quota rilevante per l'assistenza alberghiera, espone il MMG a bilanciare il suo operato tra esigenze dell'amministra-

zione e richieste dei parenti. Questa circostanza costituisce motivo di tensioni e talora di conflitti con la direzione, con il personale di assistenza e con i parenti, sottolineata dai MMG come una delle più rilevanti criticità e fonte di stress da lavoro.

Il MMG abituato alla gestione dei problemi all'interno della famiglia e a condividere con la famiglia anche scelte delicate e importanti nelle cure domiciliari si trova "spiazzato" nella relazione con i familiari nel Centro di Servizi, verosimilmente anche a causa di particolari dinamiche che si innescano tra il parente e la struttura alla quale è "affidato" definitivamente l'anziano genitore. L'assistenza medica nei Centri di Servizi richiede una formazione specifica di base ma anche un aggiornamento continuo. Il 46% dei MMG sottolinea che questa formazione dovrebbe essere condivisa nel team multiprofessionale.

7. ASPETTI FORMATIVI PER LE NUOVE GENERAZIONI DI MEDICI DEI CENTRI DI SERVIZI.

Dal nostro studio possiamo ricavare alcuni suggerimenti per la formazione di nuovi medici che saranno incaricati dell'assistenza nei Centri di Servizi tenendo conto anche che, in pochi anni, sarà necessario sostituire un elevato numero di medici che si sono formati "sul campo" con altri che avranno bisogno invece di un percorso più strutturato.

In Veneto la DGR 1231/2018 prevede che possano essere incaricati di assistenza oltre che MMG in convenzione anche Medici di Continuità assistenziale, Medici con diploma di formazione specifica in graduatoria per la convenzione e Medici con diploma non in graduatoria per la convenzione. Quindi potranno essere incaricati anche medici che non hanno alle spalle una esperienza come medici di famiglia e che per un periodo più o meno lungo potrebbero non esercitare come tali. Per alcuni di loro potrebbe anche configurarsi una opzione preferenziale all'attività nei Centri di Servizi.

La formazione specifica della Scuola di Medicina Generale dovrebbe prevedere un segmento formativo dedi-

cato, eventualmente opzionale, per gli specializzandi, che inizia con l'attività d'aula e si struttura nei tirocini in presenza del medico Tutor e di altre figure professionali. In questo percorso il medico in formazione acquisirebbe competenze cliniche sia per curare pazienti con plurime patologie croniche (diabete, demenza, malattie cardiovascolari) sia in condizioni acute di instabilità e conoscenze nell'ambito delle cure palliative. Inoltre, considerando che i Centri di Servizi sono sempre di più l'ultima dimora per i pazienti anziani che vi accedono e per gli oncologici terminali, il medico dovrebbe sviluppare la capacità di lavorare in un team multiprofessionale e sapersi interfacciare con i pazienti e i loro familiari. L'elemento chiave, in questo senso, è la comunicazione con gli altri membri dell'equipe, con i parenti degli ospiti e i pazienti stessi che non può essere concepita solo come qualità innata del medico ma dovrebbe essere intesa come apprendimento attraverso corsi specifici.

Infine, la Scuola di Medicina Generale del Veneto potrebbe prevedere dei corsi di formazione all'uso dell'ecografo al letto del paziente e all'uso dell'ECG che sarebbero utili nella diagnostica di primo livello.

8. CONCLUSIONI

Con il cambiamento del ruolo degli ospedali, destinati alle patologie acute, la domiciliarità con il sistema dell'ADI, gravata da una domanda in

costante aumento, i Centri di Servizi oggi rappresentano un segmento nuovo delle Cure Primarie, sempre più rilevante per le cure mediche e l'assistenza nell'ultima parte della vita per molti anziani non autosufficienti gravati da polipatologie e fragilità. Il Centro di Servizi non può peraltro coprire una domanda di cure mediche per subacuti o ad alta intensità (ad esempio per malati terminali) provenienti da altri ambiti, ma dovrebbe essere parte di una rete di servizi extraospedalieri e residenzialità intermedia che comprenda anche Hospices, Ospedali di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale (URT).

La caratteristica dei Centri di Servizi di essere anche l'ultima residenza per molte persone che entrano coscienti di questa circostanza in una struttura a dimensione comunitaria, distaccati dall'ambiente familiare, richiede anche adeguati standard gestionali e specifiche competenze professionali per garantire una dignitosa qualità di vita e le cure necessarie.

L'accesso ai centri di Servizi dovrebbe essere garantito ad un maggior numero di persone rispetto al dato attuale tenendo conto del rilevante numero di persone senza impegnativa di residenzialità.

Dovrebbe essere previsto anche un accesso "protetto" per persone con bisogni urgenti non gestibili a domicilio o nelle altre sedi. L'assistenza me-

dica nei Centri di Servizi ripropone anche il tema del rapporto tra territorio e ospedale per la gestione della cronicità sia con il potenziamento della diagnostica interna alla struttura che con percorsi condivisi sia in ingresso che in uscita dall'ospedale (dimissioni protette). La grande diffusione sul territorio di Centri di Servizi con gestioni differenti richiede la necessità di definire protocolli di cura omogenei su tutto il territorio e condivisi tra i professionisti, per le principali problematiche come la demenza, i problemi psicologici e disturbi del comportamento, le infezioni, il trattamento dei decubiti, la terminalità e le cure palliative. L'ULSS che deve comunque garantire le cure sanitarie dovrebbe promuovere l'adozione di questi protocolli. Il Centro di Servizi è un ambito di cure dove deve crescere l'integrazione tra sanitario e sociale promuovendo una formazione condivisa tra le diverse figure professionali implicate nell'assistenza.

Il ricambio generazionale imposto dall'uscita dalla professione nell'arco di pochi anni di una parte rilevante dei MMG attualmente incaricati dell'assistenza impone l'adozione di piani formativi specifici per i nuovi medici all'interno della scuola di formazione specifica in Medicina Generale anche attraverso un tirocinio formativo diretto nei Centri di Servizi.

DOTT.SSA DONATONI MARIA SOFIA
DOTT. DI CESARE GABRIELE



Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza

Aggiornamento novembre 2019

Con la presente nota si integrano e aggiornano le indicazioni già fornite con la Circolare del 21/11/2018, prot. 34074.

Le vaccinazioni sono uno degli strumenti preventivi più efficaci in Sanità Pubblica. Esse sono in grado di prevenire, in modo efficace e sicuro, lo sviluppo di alcune malattie infettive, le loro complicanze e la loro diffusione. Esse hanno un impatto rilevante in termini di riduzione dell'incidenza delle malattie stesse e di possibili decessi ad esse correlati, nonché di diminuzione delle sequele a breve e lungo termine e dei costi legati all'assistenza durante e dopo la malattia.

L'uso delle vaccinazioni, oltre che per la protezione di specifiche classi di età in cui sono maggiori i rischi, deve tenere in considerazione anche specifiche esigenze, ad esempio legate a particolari condizioni di vita, di lavoro e di salute, come sottolineato anche nel PNPV 2017-2019.

Scopo del presente documento è ribadire l'importanza delle vaccinazioni come strumento di promozione della salute della donna in età fertile, in previsione e durante la gravidanza, proteggendo se stessa e il nascituro da alcune specifiche patologie infettive.

VACCINAZIONI IN ETÀ FERTILE

Alcune malattie possono incidere negativamente sulla fertilità o avere conseguenze sull'esito di una gravidanza. Di conseguenza, per le donne in età fertile sono indicate, se non già immuni, le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia, varicella e papilloma virus (HPV). Di grande importanza è anche il richiamo decennale della vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse.

VACCINAZIONE ANTI MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA (MPR) E VARICELLA

L'eliminazione di morbillo e rosolia congenita è una priorità assoluta, riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha definito un piano mondiale a cui l'Italia ha aderito. È, quindi, necessario utilizzare tutte le occasioni possibili per verificare lo stato immunitario della donna nei confronti di morbillo, parotite e rosolia; in assenza di immunizzazione anche solo verso una delle malattie elencate, è opportuno proporre attivamente la vaccinazione con due dosi di vaccino MPR, con un intervallo di un mese tra le dosi. Per le donne in età fertile, in considerazione del maggior rischio di sviluppare complicanze gravi in età adulta e dei seri rischi per la salute embrio-fetale, conseguenti all'infezione naturale contratta da una donna in gravidanza, è consigliabile valutare lo stato immunitario contro la varicella e, se necessario, proporre attivamente la vaccinazione con due dosi di vaccino, con un intervallo di un mese tra le dosi. Attualmente sono in commercio sia vaccini trivalenti MPR e monovalenti varicella, sia vaccini tetravalenti MPR-V.

VACCINAZIONE ANTI-HPV

Secondo il PNPV 2017-2019, il dodicesimo anno di vita (dal compimento dell'11° compleanno al compimento del 12°) rappresenta l'età raccomandata per l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-HPV. Cionondimeno, benefici possono derivare anche dalla somministrazione del vaccino in età superiore, specialmente se prima del debutto sessuale. È opportuno consigliare la vaccinazione anti-HPV, alle donne in età fertile non vaccinate

in precedenza, utilizzando, ad esempio, l'occasione dell'invito al primo screening per la citologia cervicale (Pap-test o HPV test). Si rimanda alle strategie vaccinali attuate dalle singole Regioni (gratuità o regime di copagamento) per tutte le fasce d'età superiori ai 12 anni.

VACCINAZIONE CONTRO DIFTERITE, TETANO, PERTOSSE (DTPA)

Nel corso della vita è raccomandata la somministrazione periodica (ogni 10 anni) della vaccinazione dTpa con dosaggio per adulti, che deve essere offerta in modo attivo, individuando le occasioni e le modalità più opportune per tale offerta. Un'alta copertura con questa vaccinazione:

- consente di limitare la circolazione del batterio della pertosse e ridurre i casi di malattia che, soprattutto in età adulta possono manifestarsi con quadri atipici che difficilmente inducono a sospettarne l'etiologia e, quindi, a giungere in tempi brevi ad una diagnosi corretta,
- offre protezione individuale nei confronti del tetano in seguito a traumi e ferite, limitando anche l'impiego della profilassi post-esposizione e il verificarsi di casi che rappresentano sempre un'emergenza clinica,
- permette di evitare che la difterite possa tornare nel nostro Paese.

VACCINAZIONI IN PREVISIONE DI UNA GRAVIDANZA

In previsione di una gravidanza, è necessario che le donne siano protette nei confronti di morbillo-parotite-rosolia (MPR) e della varicella, dato l'elevato rischio, per il nascituro, derivanti dall'infezione materna durante la gravidanza, specie se si verifica nelle prime settimane di gestazione. Per la varicella contratta nell'immediato

periodo pre-parto, il rischio, oltre che per il nascituro, può essere molto grave anche per la madre.

Poiché sia il vaccino MPR che quello della varicella sono, in via precauzionale, controindicati in gravidanza – pur non costituendo un'indicazione all'interruzione della gravidanza stessa se somministrati per errore¹-, è necessario che, al momento dell'inizio della gravidanza, la donna sia vaccinata regolarmente (con due dosi) da almeno un mese.

VACCINAZIONE ANTI MORBILLI-PAROTITE-ROSOLIA (MPR)

Nel 2000, su un totale, a livello globale, di 1,7 milioni di morti infantili causate da malattie prevenibili con la vaccinazione, circa il 46% era attribuibile al morbillo, una malattia apparentemente banale che può causare numerose complicanze, anche serie, come l'encefalite e la panencefalite sclerosante subacuta, che possono condurre al decesso. Grazie alla vaccinazione ed all'avvio di un piano globale per l'eliminazione, il numero dei decessi e quello dei casi associati al morbillo sono diminuiti dell'80% dal 2000 al 2017.

Il morbillo continua, però, a circolare in Italia², come in altri Paesi a causa delle basse coperture vaccinali, che non hanno ancora raggiunto la soglia raccomandata del 95%, e dell'accumulo negli anni di soggetti suscettibili, oggi adulti. Se contratto in gravidanza è associato ad un maggior rischio di complicanze (in particolare polmonite) e mortalità materne rispetto all'atteso. Alcuni studi hanno, inoltre, riscontrato un rischio aumentato di aborto spontaneo, morte intrauterina, parto pretermine; tale rischio sembra essere più elevato in caso di infezione nel primo e secondo trimestre di gravidanza. L'infezione in prossimità del parto può aumentare il rischio di morbillo neonatale, condizione gravata da una significativa mortalità.

La rosolia è solitamente una patologia benigna che presenta raramente

complicanze (per lo più artralgie e artriti transitorie). Diventa, però, pericolosa durante la gravidanza, soprattutto se la madre contrae l'infezione nel primo trimestre: infatti, più precoce è l'infezione, maggiore è il rischio di danno embrio-fetale (intorno al 90%). La rosolia, in questi casi, può essere responsabile di serie conseguenze nel prodotto del concepimento, quali aborto spontaneo, morte intrauterina del feto, gravi malformazioni fetali e nel bambino, come difetti della vista, sordità, anomalie cardiache e ritardo di acquisizione delle tappe dello sviluppo. I dati relativi alla sorveglianza della rosolia congenita e in gravidanza vengono pubblicati semestralmente³. La parotite è un'infezione lieve nel bambino, mentre nell'adulto sono frequenti le complicanze quali encefalite, meningite, pancreatite e danni all'udito. Se contratta durante le prime 12 settimane di gravidanza è associata a un'alta percentuale di aborto spontaneo (25%), ma non comporta il rischio di malformazioni nel feto.

VACCINAZIONE ANTI-VARICELLA

La varicella provoca nell'adulto, particolarmente nella donna incinta, complicanze molto più frequenti che nel bambino, quali polmonite, superinfezioni batteriche, meningite o encefalite; inoltre, durante la prima metà della gravidanza, potrebbe causare malformazioni congenite con gravi lesioni della pelle, delle ossa, degli occhi e del cervello. Pertanto, in soggetti anamnesticamente negativi per la malattia mai vaccinati in precedenza, è opportuno utilizzare tutte le occasioni possibili per offrire attivamente la vaccinazione contro la varicella.

VACCINAZIONI DURANTE LA GRAVIDANZA

La gravidanza rappresenta uno dei momenti più delicati nella vita di una donna, durante la quale le preoccupazioni e le responsabilità legate alla salute della vita in grembo aumentano, così come i timori di assumere farmaci con potenziali effetti inde-

siderati sul feto. Tuttavia, proprio la somministrazione di alcuni vaccini in gravidanza è legata alla opportunità di proteggere la donna e il nascituro. Non esistono evidenze che dimostrino un rischio fetale legato alla vaccinazione della gestante con vaccini a microrganismi inattivati o con tossoide. Al contrario, la presenza di anticorpi (trans-placentari) nel neonato riduce il rischio di malattie prevenibili da vaccino nelle prime settimane-mesi di vita, quando il sistema immunitario del neonato è ancora immaturo. È stato osservato che le madri trasferiscono anticorpi al prodotto del concepimento, offrendogli così un certo grado di protezione contro malattie quali morbillo, difterite e poliomielite. Gli anticorpi materni sono in grado di proteggere i neonati dalle infezioni, e modificare la severità delle relative malattie infettive nei bambini, per un periodo di tempo variabile, a seconda del livello di trasmissione placentare e del tasso di decadimento degli anticorpi acquisiti passivamente. La trasmissione transplacentare di anticorpi è un processo selettivo, attivo e intracellulare, che inizia intorno alla 17a settimana di gestazione e progressivamente aumenta, fino alla 40a settimana, quando le IgG fetali raggiungono livelli più elevati rispetto a quelle materne. Tuttavia, i livelli di IgG fetali sono influenzati da diversi fattori, tra cui concentrazione delle immunoglobuline nel sangue materno, anomalie della placenta, tipo di vaccino eventualmente ricevuto, età gestazionale al parto e tempo intercorso tra vaccinazione e parto.

Nel corso di ogni gravidanza e per ogni successiva gestazione sono raccomandate le vaccinazioni anti-dTpa e anti-influenza (se la gestazione si verifica nel corso di una stagione influenzale).

VACCINAZIONE CONTRO DIFTERITE, TETANO, PERTOSSE (DTPA)

Di grande rilievo è la vaccinazione dTpa durante ogni gravidanza, anche se la donna in gravidanza sia già sta-

1) In letteratura sono riportati numerosi episodi di somministrazione accidentale dei vaccini in gravidanza, senza che si siano mai verificate conseguenze a carico del prodotto del concepimento.

2) I dati della sorveglianza integrata morbillo-rosolia sono pubblicati mensilmente e disponibili al seguente link: <https://www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino>

3) <https://www.epicentro.iss.it/rosolia/bollettino>

ta vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia contratto la pertosse. Infatti, la pertosse contratta nei primi mesi di vita può essere molto grave e persino mortale, la fonte di infezione è frequentemente la madre, e la protezione conferita passivamente da madri infettate dal bacillo della pertosse o vaccinate molti anni prima è labile e incostante. Per tali motivi, vaccinare la madre nelle ultime settimane di gravidanza consente il trasferimento passivo di anticorpi in grado di proteggere il neonato fino allo sviluppo di una protezione attiva attraverso la vaccinazione del bambino (a partire dal 3° mese di vita).

Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è dalla 27a alla 36a settimana di gestazione, idealmente intorno alla 28a settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. Infatti, sebbene la vaccinazione possa essere effettuata in qualsiasi epoca della gravidanza, senza compromettere la sicurezza del vaccino, quanto più ci si avvicina alla data presunta del parto, tanto minore potrebbe essere l'impatto in termini di protezione del neonato. Nei casi in cui la vaccinazione non sia stata effettuata durante la gravidanza, si raccomanda di proporla subito dopo il parto per la protezione del neonato riducendo la possibilità che la madre possa trasmettergli la pertosse. In considerazione del fatto che gli anticorpi anti-pertosse si riducono progressivamente con il trascorrere del tempo, è raccomandato effettuare la vaccinazione dTpa ad ogni gravidanza: questo potrà garantire il passaggio di un alto livello di IgG ad ogni nascituro. Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza, sia per il feto.

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE

La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne in qualsiasi epoca della gravidanza. Infatti, l'influenza stagionale aumenta il rischio di ospedalizzazione materna, prematurità, parto cesareo, distress fetale, basso peso del nascituro e interruzione di gravidanza. Anche nei neonati al di sotto dei 6 mesi di vita, per cui non esiste ancora un vaccino, l'influenza aumen-

ta il rischio di malattia severa e complicanze. La vaccinazione in gravidanza ha, invece, un effetto protettivo sui neonati attraverso il passaggio di anticorpi protettivi dalla madre. Il vaccino anti-influenza può essere somministrato in totale sicurezza insieme al dTpa.

I VACCINI CONTROINDICATI IN GRAVIDANZA

Eventuali rischi teorici da vaccinazione in gravidanza potrebbero derivare dall'utilizzo di vaccini a virus vivo. Pertanto, la somministrazione di vaccini vivi attenuati è, a scopo cautelativo, controindicata in gravidanza. I vaccini contro MPR e varicella, contenendo vaccini a virus vivi attenuati, non possono essere somministrati in gravidanza, sebbene l'effettuazione accidentale della vaccinazione in donne che non sapevano di essere in gravidanza, non ha mai fatto registrato un aumento di aborti o malformazioni. È, inoltre, opportuno che le donne che intendono programmare una gravidanza siano informate della necessità di posticiparla di un mese dopo la vaccinazione. Tuttavia, l'esposizione accidentale della donna in gravidanza alla vaccinazione, o l'inizio di una gravidanza entro le quattro settimane successive alla vaccinazione, non rappresentano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza. Nel caso una donna non risulti immune nei confronti di morbillo, parotite, rosolia o varicella durante la gravidanza, è importante che sia immunizzata prima della dimissione dal reparto di maternità o, comunque, le sia fissato un appuntamento presso il servizio vaccinale nel periodo immediatamente successivo.

Anche la vaccinazione anti-HPV non è attualmente consigliata durante la gravidanza, poiché non sono stati effettuati studi specifici sull'impiego del vaccino in donne in stato di gravidanza. Si precisa che durante il programma di sviluppo clinico, la somministrazione accidentale in donne gravide non ha fatto registrare un aumento di malformazioni o di aborti rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia, pur in assenza di segnali di possibili effetti teratogeni, i dati non sono sufficienti per raccomandarne l'uso durante la gravidanza.

L'eventuale somministrazione accidentale in gravidanza non rappresenta un'indicazione all'interruzione volontaria della stessa, mentre la vaccinazione dovrà essere sospesa e rimandata sino al completamento della gravidanza. La vaccinazione potrà essere completata durante il periodo di allattamento in quanto gli studi dimostrano la sicurezza del vaccino in questa fase.

La tabella 1 sintetizza le informazioni fornite nella presente nota e include ulteriori vaccinazioni controindicate o non raccomandate in gravidanza. Per maggiori informazioni, si può fare riferimento alla Guida alle controindicazioni, quinta edizione – 2018, disponibile al seguente link: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3448. Si ribadisce l'importanza dell'anamnesi pre-vaccinale, come da Guida alle controindicazioni – edizione 2018, e della tempestiva e corretta segnalazione degli eventuali eventi avversi a vaccinazione, come da normativa vigente. Si sottolinea, altresì, l'importanza della corretta registrazione nell'anagrafe vaccinale delle vaccinazioni somministrate, allo scopo di monitorare la performance dei programmi vaccinali in corso, inclusi quelli destinati alla tutela della salute della donna e del nascituro.

Si coglie, infine, l'occasione per invitare le Regioni e Province Autonome a promuovere la vaccinazione nelle donne in età fertile, in gravidanza e nel puerperio attraverso adeguate campagne di comunicazioni, attività di formazione specifica (ad es. workshops, hospital meeting, FAD, corsi residenziali) per gli operatori sanitari, con particolare attenzione all'area della ginecologia e dell'ostetricia, e ad includere le vaccinazioni tra le azioni previste per la salute pre-concezionale e materno-infantile, monitorandole con specifici obiettivi ed indicatori nei futuri piani sanitari regionali.

Si prega di dare la massima diffusione alla presente nota presso le strutture sanitarie, inclusi presidi ed aziende ospedaliere.

IL DIRETTORE GENERALE
DOTT. CLAUDIO D'AMARIO

Tabella 1: Vaccinazioni in donne in età fertile, in gravidanza e nel puerperio

Vaccinazioni in età fertile		Note
Raccomandate	MPR e varicella	Se non vaccinata e anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate. Ritardare la gravidanza di 4 settimane dopo la vaccinazione
	dTpa	Richiamo ogni 10 anni
	HPV	Nel corso del 12° anno di vita. Raccomandato anche recupero in caso di non vaccinazione in quella età, possibilmente prima dell'inizio dell'attività sessuale
Vaccinazioni in gravidanza		
Raccomandate	dTpa	Dalla 27 ^a alla 36 ^a settimana di gestazione, idealmente intorno alla 28 ^a settimana, e ad ogni gravidanza, indipendentemente dall'anamnesi positiva per malattia o pregressa vaccinazione
	influenza inattivato	In qualsiasi epoca della gravidanza
Controindicate	Vaccini vivi attenuati (MPR, Varicella, zoster), BCG ⁴ , encefalite giapponese ⁵	Vaccini MPR, Varicella, zoster se somministrati non costituiscono indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza
Non raccomandate per dati non disponibili	HPV, Tifo orale (se necessario, preferire la formulazione a subunità iniettabile), pneumococco	Se somministrate non costituiscono indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza
Possibili se beneficio maggiore del rischio	Epatite A, epatite B, IPV ⁶ , meningococco, TBE ⁷ , rabbia, colera, febbre gialla ⁸	Se somministrate non costituiscono indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza
Vaccinazioni nel puerperio*		
Raccomandate	MPR e varicella	Se la donna non è stata vaccinata e se anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate
	dTpa	Se la donna non è stata vaccinata durante la gravidanza. In tale evenienza è altresì opportuna la vaccinazione dei contatti stretti

* L'allattamento non è una controindicazione alla vaccinazione

4) Non vi sono studi che dimostrano reazioni avverse nella donna e nel feto

5) Non esistono dati relativi all'innocuità del vaccino anti-encefalite giapponese somministrato in gravidanza. In caso non sia possibile rimandare il viaggio verso zone ad alto rischio o garantire una adeguata protezione contro le punture di insetto la valutazione deve essere effettuata dal medico vaccinatore, eventualmente con la consulenza del medico specialista che ha in cura la donna. La vaccinazione può essere somministrata nelle situazioni ad alto rischio di infezione che superano il teorico rischio del vaccino, tenendo conto che l'infezione da encefalite giapponese è causa di aborto se contratta nei primi due trimestri di gravidanza

6) Da evitare nei primi 2 mesi di gestazione

7) Dovrebbe essere considerato per le donne gravide che vivono in aree ad alta incidenza di malattia (>5 casi/100 000 anno). Nelle aree dove l'incidenza di malattia è medio/bassa (<5 casi/100 000 anno) la vaccinazione può essere considerata nelle persone a maggior rischio (ad es. in donne che partecipano ad attività all'aperto ad alto rischio)

8) Controindicata nei primi 6 mesi di gravidanza.

Scelte di cura anticipate in patologie croniche evolutive: la pianificazione condivisa delle cure (PCC)

Giovanni Bonadonna

BIOETICISTA

La pianificazione condivisa delle cure (PCC), uno degli strumenti normativi previsti dalla legge 219/2017 (norme sul consenso informato e dichiarazione anticipata delle cure), è un processo per programmare anticipatamente le scelte di cura nei percorsi di cura di malattie croniche e progressive.

DEFINIZIONE:

si definisce **pianificazione condivisa delle cure (PCC)** il processo in cui il paziente, insieme ai curanti e a persone di sua fiducia programma decisioni circa le cure cui intende consentire o che intende rifiutare, nel caso in futuro dovesse trovarsi in condizioni di non poter esprimere la sua volontà.

PRESUPPOSTI ETICI:

la possibilità di pianificare anticipatamente, in modo condiviso con i curanti, scelte di cura future in situazioni nelle quali la persona interessata si trovasse in condizioni di incapacità decisionale, presuppone il **rispetto del principio di beneficenza**, cioè dell'appropriatezza del trattamento, e del **rispetto del principio di autonomia**, cioè del rispetto della volontà della persona in riferimento alla proporzionalità etica del trattamento stesso.

PRESUPPOSTI DEONTOLOGICI:

già nel **codice di deontologia medica del 2014 all' articolo 26 Cartella Clinica** si parla della possibilità di una pianificazione anticipata delle cure: ".....il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; **registra il decorso**

clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione.....".

PRESUPPOSTI GIURIDICI:

di seguito alcuni commi dell' art. 5 della legge 219/2017 (norme sul consenso informato e DAT) che normano la PCC:

Art 5 comma 1: **nella relazione tra paziente e medico**, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una **pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi** qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

Art 5 comma 2: Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono **adeguatamente informati**, ai sensi dell'articolo 1. comma 3, in particolare sul possibile **evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.**

Art 5 comma 3: Il **paziente esprime il proprio consenso** rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i **propri intendimenti per il futuro**, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

Art 5 comma 5: **Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario**, che deve essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, sono **espressi in forma scritta ovvero**, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, **attraverso video-registrazione o dispositivi** che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono **inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico**. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

RUOLO DEI CURANTI NELLA PCC:

- **informare**, con gradualità e sensibilità, ma in modo veritiero e completo, circa lo stato di malattia, i trattamenti possibili, la evoluzione, la prognosi
- **chiarire dubbi e/o correggere convinzioni errate** circa i vari tipi di trattamento o circa la evoluzione della malattia
- **aiutare il paziente a chiarirsi quali sono, dal suo punto di vista, gli obiettivi che vorrebbe che le cure lo aiutassero a raggiungere**
- **aiutare il paziente ad identificare le sue preferenze circa i trattamenti possibili nel fine vita**
- **attenersi alle indicazioni della pianificazione condivisa delle cure** qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

RUOLO DEL PAZIENTE NELLA PCC:

- **Riflettere sui propri valori, sulle proprie preferenze**

- Riflettere sullo stato attuale della malattia, sulle probabili evoluzioni prognostiche, sulle possibili alternative terapeutiche
- Manifestare al curante le volontà per il futuro
- Individuare un fiduciario
- Comunicare ad altri (familiari, altre persone di fiducia, altri curanti di fiducia) i propri valori, le proprie preferenze
- Se ritenuto necessario documentare le proprie volontà oltre che in cartella clinica (come previsto nella PCC) anche mediante un documento firmato e datato (tipo DAT).

RUOLO DEL FIDUCIARIO NELLA PCC:

- **Fa le veci della persona disponente** e la rappresenta nei rapporti con il medico e con le strutture sanitarie (art 4, comma 1)
- **È interprete autentico e garante** della volontà della persona disponente
- **Contribuisce alla ricostruzione della identità della persona e delle sue volontà** (“il fiduciario non decide mai al posto dell' incapace, né per l' incapace, ma con l' incapace”).

RUOLO DEI FAMILIARI NELLA PCC:

- nel processo di PCC debbono essere coinvolti anche i familiari e/o persone di fiducia del paziente, infatti **poter condividere il percorso con familiari o persone di fiducia permette ai pazienti di rimanere emotivamente legati ad essi**
- nel contempo i familiari ed altre persone di fiducia, sapendo quali sono i desideri della persona cara, possono **continuare a sentirsi di aiuto e rimanere emotivamente vicini**.

IL PROCESSO DELLA PCC:

nella presa in carico di un paziente con malattia cronica progressiva è necessario **un percorso graduale e progressivo di informazione, che consenta al paziente di avere reale consapevolezza** dello stato della sua malattia, dei possibili sviluppi e delle decisioni che dovranno essere prese in futuro. Tale percorso è descritto approfonditamente nei documenti pubblicati dal Consiglio di Europa⁽¹⁾ e dalla Società Italiana di Cure Palliative⁽²⁾

La conduzione della PCC è compito della équipe dei curanti, all' interno della quale è necessario individuare precocemente un curante di riferimento (case manager), che avrà il compito di pianificare e di condurre il processo di PCC.

L'ORGANIZZAZIONE DEL PROCESSO DEVE DEFINIRE:

- **responsabile della conduzione (case manager)**
- **partecipanti al processo** (paziente, componenti della équipe di cura, fiduciario, familiari)
- **modalità del processo** (tipo e numero di incontri, partecipanti agli incontri, obiettivi e fasi del processo, modalità della formalizzazione delle decisioni, modalità per la diffusione delle decisioni all' interno della équipe ed in altre équipe, tempistica per la revisione di quanto condiviso).

Un percorso di pianificazione condivisa delle cure nelle patologie croniche evolutive, può essere un modello efficace per garantire scelte di cura consapevoli e realmente rispettose delle volontà della persona assistita.

Riferimenti Bibliografici

1) Guida al processo decisionale nell'ambito del trattamento medico nelle situazioni di fine vita”, pubblicato dal Consiglio di Europa nel 2014.

2) Informazione e consenso progressivo in cure palliative – un processo evolutivo condiviso” elaborato dalla SICP nel 2015.

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.

Un Commento Medico Legale in tema di “Suicidio Assistito”

La sentenza della Corte Costituzionale del 25 settembre 2019 ha riaperto la discussione sul “suicidio assistito”, un tema che già aveva avuto un’ampia risonanza nell’opinione pubblica a seguito di un noto fatto di cronaca. Questa delicata problematica riguarda tutti i cittadini, ma per gli operatori sanitari è uno specifico interesse acquisire una conoscenza dei complessi aspetti tecnico-giuridici, nonché delle implicazioni di natura etica e deontologica.

A tal fine sembra utile condividere alcune premesse di natura lessicale e concettuale, partendo proprio dalla parola **eutanasia**.

Il termine non compare nel codice penale, ma è entrato nel linguaggio comune della bioetica (talora accompagnato dagli aggettivi “attiva” o “passiva”) per indicare la soppressione di un individuo la cui qualità della vita sia permanentemente compromessa da una malattia invalidante e che genera sofferenza.

È noto che, secondo il nostro ordinamento (articoli 575, 579, 580 c.p.) provocare o favorire intenzionalmente la morte di una persona costituisce sempre **reato** dato che, a seconda dei casi, si può ricadere sotto l’ipotesi di “omicidio volontario”, “omicidio del consenziente” o “istigazione o aiuto al suicidio”. Ora, poiché la morte di una persona si può indifferentemente determinare per **azione** (ad esempio somministrando un farmaco letale) od **omissione** (ad esempio sospendendo cure o trattamenti indispensabili al preciso scopo di determinare la morte), è evidente che insistere nella distinzione tra eutanasia “passiva” e “attiva” ha uno scarso significato sostanziale, dato che in entrambi i casi **l’intenzione** è quella di porre fine alla vita del soggetto e pertanto i due comportamenti assumono identica

connotazione sotto l’aspetto giuridico ed etico.

La **rinuncia** ai trattamenti sanitari (“lasciare che la malattia faccia il suo corso”) è cosa del tutto diversa: essa può essere decisa dal paziente stesso in qualsiasi momento, direttamente o tramite le DAT o con la mediazione di un rappresentante legale, a prescindere dagli effetti che ne possano conseguire: si tratta del diritto all’autodeterminazione, ben definito sul piano deontologico e normativo.

Tale rinuncia viene generalmente espressa quando il malato reputi ormai insopportabili e sproporzionati i trattamenti a cui è sottoposto anche se talora la scelta potrebbe apparire, in modo più o meno esplicito, coincidente con un intento suicidiario. In ogni caso, però, la legge attuale non consente di opporsi ad una decisione del genere (art. 32 della Costituzione) e addirittura obbliga gli operatori sanitari ad adeguarsi ad essa (art. 1, c.5 della legge 219/17).

L’interruzione delle cure può peraltro essere decisa anche dal medico quando, in presenza di prognosi infausta a breve termine o in imminenza di morte, i trattamenti sanitari siano divenuti *“inutili o sproporzionati”* e pertanto assumano i caratteri di una *“ostinazione irragionevole”* (Legge 219/17, art. 2, c. 2).

In questo panorama complesso e delicato si è dunque inserita la suprema Corte, che con la sua recente decisione ha ritenuto costituzionalmente **illegittimo** l’art. 580 del codice penale **nella parte in cui non esclude la punibilità** di chi *“...agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi...”* da parte di una persona che sia - pienamente capace di prendere

- decisioni libere e consapevoli
- tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale
- affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili.

La Consulta ha dunque operato una distinzione tra le ipotesi di istigazione, di rafforzamento e di agevolazione del proposito suicidiario, confermando la rilevanza penale delle prime due ma stabilendo invece che la semplice agevolazione (o aiuto) potrebbe, in determinate circostanze, essere compatibile con i principi costituzionali.

La Corte ha infatti affermato che *“... se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall’ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l’interruzione di tale trattamento, non si vede la ragione per la quale la stessa persona, a determinate condizioni, non possa ugualmente decidere di concludere la propria esistenza con l’aiuto di altri...”*.

In pratica, però, si va ben oltre l’ipotesi di collaborazione finalizzata a sospendere i trattamenti medici; con questa sentenza infatti la Consulta ha depenalizzato l’eventuale aiuto prestato ad una persona che abbia deciso in modo esplicito e manifesto di **suicidarsi**, utilizzando strumenti e modalità efficaci di per sé ad interrompere la vita.

Nell’autorevole parere si sollecita peraltro una *“...compiuta disciplina da parte del legislatore...”* (un “richiamo” in tal senso del 24 ottobre 2018 era rimasto inascoltato) al fine di modificare la normativa vigente (in questo caso l’art. 580 del codice penale).

Le condizioni cliniche che potrebbero consentire l’aiuto al suicidio, enuncia-

te dalla Corte e ricordate in precedenza, dovrebbero comunque essere verificate in ambito medico “presso strutture pubbliche” e “previo parere del comitato etico territorialmente competente”.

È necessario inoltre che “... la volontà dell'interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco... che il paziente sia stato adeguatamente informato ... in ordine alle possibili soluzioni alternative...” quali le cure palliative e la sedazione profonda continua (legge 219/17, art. 2 c. 3).

Riguardo ai possibili conflitti di coscienza da parte del personale sanitario che si trovasse coinvolto in

circostanze del genere, la Corte ha chiarito che “... la presente dichiarazione di illegittimità costituzionale si limita a **escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato...**”.

Ciò sembrerebbe aprire la strada ad una nuova ipotesi di “obiezione di coscienza” ma, per contro, i sanitari che intendessero accedere alla richiesta e quindi fossero disposti a collaborare alla realizzazione dell'intento suicidiario del proprio paziente potrebbero

trovare un ostacolo proprio nei principi fondamentali dell'etica professionale. Nel Codice di Deontologia Medica del 2014 infatti è scritto all'art. 17: “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte” e tale esplicito divieto risulterebbe in evidente contrasto con i nuovi orientamenti della Corte Costituzionale.

Sarà pertanto necessario, contestualmente all'emanazione di una normativa sul “suicidio assistito”, provvedere ad apportare sostanziali modifiche o integrazioni del testo deontologico.

FRANCO ALBERTON

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI 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.

Responsabilità Medici Specializzandi

**Sentenza Cassazione Civile
n. 26311/19**

La Corte di Cassazione Civile con **Sentenza n. 26311/19**, pubblicata il 17.10.19, ribadendo un orientamento consolidato nella giurisprudenza penale, ha rilevato che: **“Va tuttavia rammentato che secondo la giurisprudenza penale di questa Corte il medico specializzando non è presente nella struttura per la sola formazione professionale, né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini**

del tutore anche se non gode di piena autonomia; si tratta di un'autonomia che non può essere disconosciuta, trattandosi di persone che hanno conseguito la laurea in medicina e chirurgia e, pur tuttavia, essendo in corso la formazione specialistica, l'attività non può che essere caratterizzata da limitati margini di autonomia in un'attività svolta sotto le direttive del tutore; ma tale autonomia, seppur vincolata, non può che ricondurre allo specializzando le attività da lui compiute; e se lo specializzando

non è (o non si ritiene) in grado di compierle deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume le responsabilità (c.d. colpa per assunzione ravvisabile in chi cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di svolgere secondo il livello di diligenza richiesto all'agente modello di riferimento - Cass. 10 dicembre 2009, n. 6215 e 22 febbraio 2012, n. 6981)”.

IL PRESIDENTE
DOTT. FILIPPO ANELLI

Non sussiste l'IRAP per la medicina di gruppo

**Ordinanza Cassazione Civile
n. 27824/19**

La Corte di Cassazione Civile con **Ordinanza n. 27824/19**, pubblicata il 30.10.19, ha affermato che: **“Invero, per questa Corte, a sezioni unite, in materia di imposta regionale sulle attività produttive, la "medicina di gruppo", ai sensi dell'art. 40 del D.P.R. n. 270 del 2000, non è un'associazione tra professionisti, ma un organismo promosso dal servizio sanitario nazionale, sicché la relativa attività integra il presupposto impositivo non per la forma associativa del suo esercizio, ma solo per l'eventuale sussistenza di un'autonoma organizzazione; per quest'ultima, è insufficiente l'erogazione della quota di spesa del per-**

sonale di segreteria o infermieristico comune, giacché essa costituisce il "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale (Cass., sez. un., 13 aprile 2016, n. 7291).

Nella specie, la Commissione regionale ha fatto corretta applicazione del principio stabilito dalle sezioni unite di questa Corte, in quanto ha affermato che la partecipazione da parte del medico pediatra, in regime di convenzione, all'associazione professionale (medicina di gruppo), non costituisce una presunzione relativa di assoggettabilità all'Irap, consentendo soltanto di garantire un miglior servizio ai pazienti in fasce orarie più ampie e garantendo le

sostituzioni ("in altre parole non si può paragonare l'associativismo che permette di garantire sia un maggior servizio in fasce orarie più ampie, sia la sostituzione, al fine di assicurare un'assistenza continua e migliore all'associazione tra professionisti, cioè agli studi associati"). Pertanto, l'utilizzo di una segreteria solo a tempo parziale (la moglie), non consente in alcun modo di considerare raggiunta la prova della sussistenza della autonoma organizzazione, anche con riferimento all'inserimento del medico all'interno di una associazione professionale”.

IL PRESIDENTE
DOTT. FILIPPO ANELLI

Diagnostica di primo livello dal medico di famiglia

Una dotazione finanziaria per i medici di famiglia, sia per quelli che lavorano da soli nel proprio studio che per quelli che lavorano in forme aggregate, per l'acquisto di dispositivi diagnostici.

Lo prevede la relazione tecnica aggregata alla Legge di Bilancio.

Elettrocardiografo, Holter, spirometro, dermoscan, servizi di tele-care e tele-Health e telemonitoraggio, teledermatologia, retinografia, polisonnografia. Sono questi alcuni degli strumenti di diagnostica di primo livello che la Legge di Bilancio con uno stanziamento di 235,8 mln ha deciso di affidare ai medici di famiglia. (fondi che si dovrebbero ricavare da quelli già stanziati per l'edilizia sanitaria).

A disciplinare il tutto dovrà essere un decreto del Ministero della Salute da attuare entro il 31 gennaio 2020 previa intesa in Stato-Regioni.

L'obiettivo, secondo la misura è che "i medici di medicina generale, assumano una valenza centrale ed erogino una definita gamma di servizi ai cittadini (prestazioni di primo livello in grado di concorrere alla sostenibilità del Servizio Sanitario Pubblico, realizzando una più forte presa in carico degli utenti, migliorando la gestione delle cronicità e decongestionando le liste di attesa, oltre che ridurre gli accessi al Pronto Soccorso.

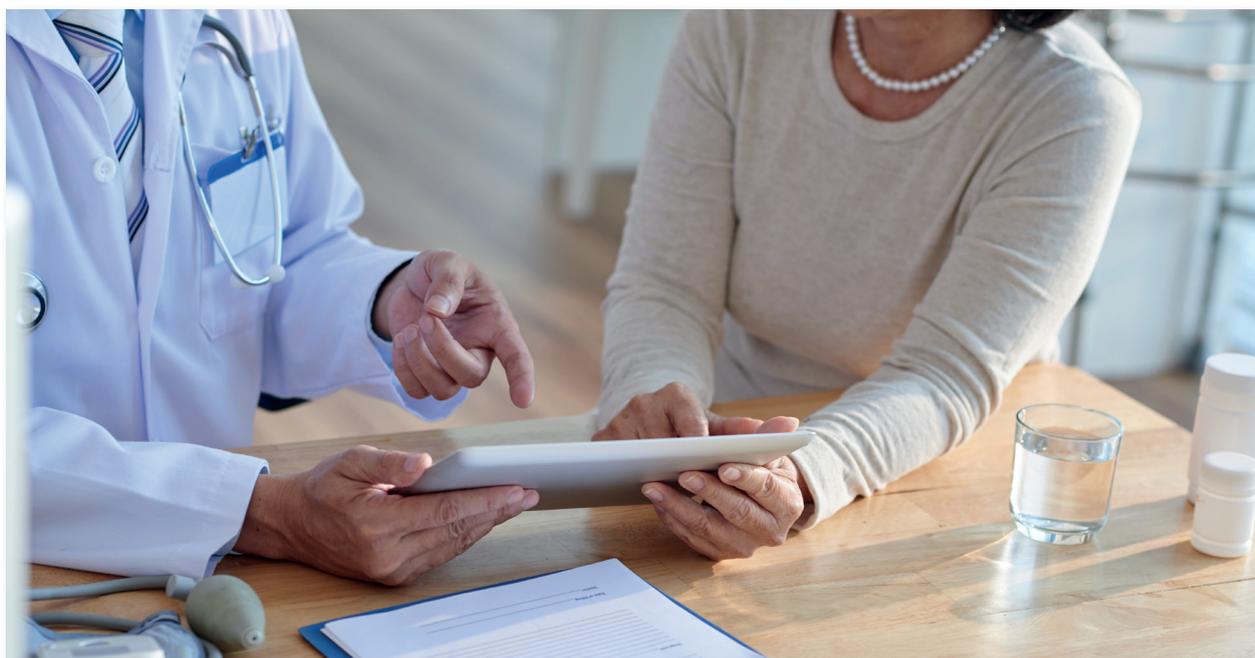
"L'importo - si legge nei documenti tecnici - è stato stimato considerando distribuiti sul territorio nazionale circa 46.243 medici di medicina generale (valore fornito da annuario statistico ENPAM anno 2017) e tenendo in considerazione che sull'intero territorio i medici sono distribuiti in modo disomogeneo".

In questo quadro la relazione tecnica al ddl Bilancio ipotizza quanto segue:

1. circa 13.873 medici di medicina generale, corrispondenti al 30% operano in ambiti isolati. Si ipotizza un investimento unitario pari a € 10.000,00, finalizzato all'acquisto di dispositivi diagnostici digitali di primo livello (ECG, holter, spirometro, dermoscan, etc), per un costo totale pari a € 138.730.000,00

2. circa 8.092 ambiti aggregati di medici di medicina generale, in cui i rimanenti 32.370 medici, corrispondenti al 70% del totale, operano in aggregazioni mediamente composte da 4 unità. Si ipotizza un investimento unitario pari a € 12.000,00, finalizzato all'acquisto di dispositivi diagnostici digitali di primo livello (ECG, holter, spirometro, dermoscan, etc), per un costo totale pari a € 97.104.000,00.

In sostanza i medici che sono soli nel loro studio vedranno assegnarsi 10 mila euro, mentre gli studi aggregati di medici di famiglia avranno una dotazione finanziaria di 12 mila euro.



Da Amazon a BigG, i colossi del web alla ricerca di dati sanitari

Li cercano e spesso li trovano

Amazon, il colosso della tecnologia sta mettendo in atto la sua strategia per l'ingresso nel mercato sanitario, e alcune voci avvertono che il profitto arriverà prima della tutela dei pazienti e della loro privacy. Il mese scorso l'assistente digitale a controllo vocale di Amazon Alexa avrebbe iniziato a utilizzare le informazioni del sito Web del NHS per rispondere alle domande sulla salute.

Gli entusiasti prevedevano che avrebbe alleviato la pressione sui medici di medicina generale. I critici lo hanno visto come un segnale di privatizzazione strisciante e di un disastro della protezione dei dati. Gli analisti delle tecnologie sanitarie con sede negli Stati Uniti affermano che l'accordo con il NHS e gli UK è solo l'ultimo di una serie di mosse recenti che rivelano un'audace strategia a lungo termine da parte di Amazon.

Il mercato globale della sanità vale oltre 313 miliardi di dollari e la spesa sanitaria consuma una considerevole percentuale del PIL delle principali economie: il 17% negli Stati Uniti, circa l'11% in Francia e Germania e il 10% nel Regno Unito come confermano i recenti dati dell'OCSE.

I consumatori stanno iniziando ad aspettarsi lo stesso livello di flessibilità dall'assistenza sanitaria che ottengono in altri settori.

"Innanzitutto, Amazon vede un mercato sanitario globale multitrilione di dollari altamente inefficiente, altamente regolamentato e potenzialmente molto redditizio", afferma Jeff Becker, analista tecnico senior presso la società di ricerche di mercato statunitense Forrester. *"Mentre la*

maggior parte delle altre aziende è scoraggiata dagli alti ostacoli all'ingresso sul mercato, le organizzazioni delle dimensioni e della complessità di Amazon non sono dissuase e vedono un'importante opportunità finanziaria."

Anche le aspettative dei cittadini stanno cambiando, ed è quindi probabile che i clienti di Amazon si aspettino lo stesso livello di servizio e flessibilità dall'assistenza sanitaria a cui si sono abituati in altri settori. Infatti la recente unione di Amazon con JPMorgan Chase per il progetto Haven, segna un importante passo in questa direzione. Il progetto sembra essere un banco di prova per nuove forme di benefici per la salute dei dipendenti, sperimentando in aree quali il miglioramento dell'accesso ai medici generici, il monitoraggio remoto dei pazienti, la consegna di cure digitali e la riduzione dei costi dei farmaci. *"L'idea è quella di applicare la cultura di Amazon di eliminare l'attrito per i consumatori end-to-end e portarlo all'assistenza sanitaria",* afferma Becker. *"Penso che Haven sia un'incubatrice per un modello di erogazione di assistenza sanitaria di prossima generazione, che, dopo il test, sarà reso disponibile per i consumatori in generale."*

Naturalmente altri colossi come Google non sono alla finestra a guardare, ma si muovono, qualche volta maldestramente, per inserirsi in un mercato che certamente sarà redditizio per giganti multinazionali. Recentemente infatti un'inchiesta del Wall Street Journal ha rivelato come il progetto Nightingale (letteralmente usignolo), abbia permesso a Google l'accesso al database sanitario più

importante degli USA, della catena di ospedali cattolica Ascension. Nelle 2600 strutture sanitarie sono stati raccolti i dati di più di 50 milioni di cittadini USA, senza che fossero stati informati.

Google e Ascension sono corse ai ripari affermando che stanno testando un software che utilizzando l'intelligenza artificiale e gli algoritmi dei programmatori di BigG permetta ai medici e alle assicurazioni, in generale ai fornitori di servizi sanitari, di suddividere i dati dei pazienti per categorie (età, patologie, sesso etc.) e di creare dei grafici a seconda delle ricerche impostate. Lo scopo ufficiale è quello di offrire ai medici un facile accesso ai dati dei pazienti per migliorare le loro cure. Ma non è difficile immaginare come questi dati possano essere usati dall'industria del farmaco e dalle assicurazioni per programmare meglio le loro attività e aumentare i loro profitti, in nome dell'efficienza, a scapito del rispetto della privacy dei pazienti.

Anche in Europa ed in Italia non mancano casi di speculazione sui dati sanitari. La società di sicurezza informatica Greenbone Networks ha reso noto che tra luglio e settembre ha analizzato le misure di protezione di 2.300 database medici, scoprendo che quasi uno su quattro, 590 per la precisione, è accessibile online. Offrendo a occhi indiscreti, o peggio, a malintenzionati, 24 milioni di dati relativi a pazienti da 52 Paesi nel mondo, tra cui l'Italia, che spicca in Europa con il triste primato di immagini e data set esposti. In questo caso si tratta di dati radiologici circa 5,8 milioni di radiografie, salvate con una serie di dati personali molto sen-

sibili, come nome e cognome del paziente e motivo dell'esame, su server non protetti. Ospedali e ambulatori ricorrono a sistemi di archiviazione e comunicazione delle immagini, detti in inglese Pacs, che servono a salvare le radiografie dei pazienti e a renderle disponibili nelle cartelle cliniche digitali per la consultazione da parte di vari medici, attraverso il protocollo Dicom (digital imaging and communications in medicine). Non è una novità che i server Pacs siano

vulnerabili. Ma finora nessuno aveva provato a censire i database fallati. Dopo questa segnalazione il Garante della privacy ha aperto un'indagine sul caso, cercando di fare luce sulla falla nelle misure di protezione e stabilire le responsabilità. In particolare, l'indagine valuterà sia le violazioni del GDPR che quelle della direttiva Nis e del perimetro cibernetico nazionale, che impongono a enti e aziende che forniscono servizi essenziali per la vita di una nazione di alzare le barriere

di difesa dagli attacchi informatici. Il governo si è dato un anno per decidere chi è dentro, ma l'impennata delle intrusioni nei sistemi sanitari, del 98% tra 2017 e 2018, come evidenzia il rapporto dell'associazione italiana di cybersecurity (Clusit) detta una marcia a tappe serrate. Se poi i dati sono abbandonati a loro stessi online, senza alcuna protezione, la situazione si fa ancora più grave. E l'impressione è che questo sia solo l'inizio.

Bibliografia

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=76669&fr=n

<https://www.ilsole24ore.com/art/google-ha-raccolto-dati-sanitari-50-milioni-americani-senza-informarli-ACoutYy>

<https://www.wired.it/internet/web/2019/10/10/privacy-garante-esami-medici/>

Entro il 2030 saranno circa 130 mila i medici di cui si avrà bisogno in Italia

L'Associazione nazionale medici di origine straniera in Italia (Amsi), il Movimento internazionale "Uniti per Unire", e l'Unione Medica Euro Mediterranea (UMEM) hanno presentato, in apertura del Congresso Amsi svoltosi a Roma presso la Clinica Ars Medica, le statistiche della carenza medici, infermieri e fisioterapisti di cui il servizio sanitario italiano avrà bisogno entro il 2030.

Quello della carenza dei professionisti della sanità è un fenomeno alquanto preoccupante, dato che si sta sviluppando, contemporaneamente al fenomeno della sempre tendenza dei medici italiani a trasferirsi all'estero dove trovano stipendi e condizioni di lavoro più favorevoli. Un argomento di ineludibile importanza, dato che entro il 2030 saranno circa 130 mila i medici di cui

si avrà bisogno sia nel settore pubblico che in privato. Questa la stima del fabbisogno di medici delle nostre regioni entro il 2030: Lazio (16mila), il Veneto (13mila), Piemonte (11mila), Lombardia (10mila), Emilia Romagna (10mila), Puglia (9mila), Toscana (6mila), Campania (6mila), Sicilia (6mila), Molise (5mila), Abruzzo (5mila), Liguria (5mila), Umbria (5mila), Marche (4mila), Calabria (4mila), Friuli Venezia Giulia (4mila), Sardegna (3mila), Basilicata (3mila), Valle d'Aosta (3mila) e Trentino Alto Adige (2mila). Inoltre mancheranno sempre entro il 2030: 75 mila infermieri e 35 mila fisioterapisti.

Dal 1 gennaio 2017 fino al 31 ottobre 2019 sono stati, infatti, richiesti all'Amsi 10 mila professionisti della sanità: in particolare, 6000 medici, 3000 infermieri e 1000 fisiotera-

pisti. Per quanto riguarda i medici, **la Regione che ha avanzato le richieste maggiori è il Veneto (600)**, seguita dal Piemonte (600), Lombardia (500), Puglia (500), Lazio (500), Toscana (400), Campagna (400), Emilia Romagna (400), Sicilia (200), Molise (300), Abruzzo (200), Liguria (200), Trentino Alto Adige (100), Umbria (300), Marche (200), Calabria (100), Basilicata (100), Valle d'Aosta (100), Friuli Venezia Giulia (150) e Sardegna (150).

Le specializzazioni maggiormente richieste sono inerenti al campo dell'Anestesia, Ortopedia, Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso, Radiologia, Chirurgia, Neonatologia, Ginecologia, Pediatria, Cardiologia, Neurochirurgia, Geriatria, Medicina sportiva, Medici nelle località turistiche ed anche Medici di famiglia.

Più email tra medici e pazienti uguale meno relazione tra medici?

Francesco Del Zotti

MMG VERONA - MEMBRO COMMISSIONE
ICT DELL'ODM DI VERONA

Negli ultimi anni si è affermata una nuova consuetudine: comunicare con i pazienti con la posta elettronica. Ma equiparare la consuetudine al diritto spesso è una forzatura. Un esempio chiarirà meglio le questioni sul tappeto. Sotto riporto una della tante email con struttura simile: in questo caso da parte di un ginecologo ad una sua paziente. Ho modificato alcuni particolari "identificativi" che comunque non alterano lo stile comunicativo, comune a questa tipologia di email

*"Salve XY (Nome Battesimo) ho visto che nel tampone hai una infezione. Devi usare un antibiotico, la ciprofloxacina 250 mg; due compresse al giorno per 5 giorni
Dopo 10 gg dalla fine della cura dovrai ripetere il tampone.
Sia per il farmaco sia per il tampone devi chiedere la ricetta al tuo medico"
Se hai dubbi o domande scrivimi pure una email
Ti porgo tanti saluti
Dr..."*

Alla paziente chiedo: *"lo specialista le ha magari scritto un' altra email o altro tipo di comunicazione per me?"*
La risposta è: "No".

Assistiamo più volte ad un rapporto diretto, quasi confidenziale, via email o chat, tra specialista e paziente che nel messaggio elettronico viene istruito a mo' di caporale in grado di dare ordini al soldato semplice: il MMG. Al di là dell'eventuale irregolarità deontologica di tali comportamenti, e del rischio medico-legale di dare ordini prescrittivi via email o chat, resta un problema tendenziale: l'eccesso di comunicazione elettronica

tra medici e pazienti potrebbe mettere ancor di più in secondo piano la necessità di una più frequente e migliore comunicazione tra medici, la quale a sua volta deve svilupparsi su più canali: non solo email e chat, ma contatti telefonici, de visu, diretti. Cresce così il rischio di peggioramento delle già non perfette comunicazioni tra medici delle cure primarie e specialisti. Prima di abbracciare con entusiasmo acritico la panacea insita in queste nuove modalità comunicative, i medici tutti dovrebbero usare lo stesso rigore etico-scientifico che è già prassi per altri tipi di innovazioni: mi riferisco in particolare ai farmaci.

La telematica sanitaria e l'Intelligenza Artificiale in medicina non possono essere zone franche ove non si applicano le regole della "good clinical practice".

Quindi, per prima cosa bisognerebbe valutare su che solide fonti basiamo l'avvicinamento a queste novità.

Una analisi bibliografica mi ha fatto rilevare una sola revisione Cochrane sull'argomento, che si conclude in questo modo:

"la revisione ha identificato un solo studio valido per l'inclusione, studio che ha fornito prove insufficienti. Esse non possono fornire indirizzi validi in merito alla pratica clinica riguardo all'uso della posta elettronica per la comunicazione clinica tra gli operatori sanitari. La ricerca futura dovrebbe mirare a utilizzare progetti di studio di alta qualità che utilizzino gli sviluppi più recenti nella tecnologia dell'informazione e che tengano conto di quanto è complesso equiparare la posta elettronica ad un intervento medico."



Dai 'vermi di maggio' un farmaco miracoloso contro i morsi dei cani arrabbiati

Gianna Ferrari De Salvo

La rabbia (dal sanscrito *rabbahs*, che significa 'fare violenza') è una malattia virale a carattere zoonosico il cui contagio avviene esclusivamente con il morso di un animale rabido (cane, volpe, lupo, pipistrello o altri) o con la contaminazione di una ferita o escoriazione tramite la saliva dell'animale infetto. Nell'uomo, il periodo di incubazione della malattia dura da 20 a 90 giorni, in ragione della distanza che il virus deve percorrere per raggiungere il sistema nervoso centrale. Dopo un breve periodo prodromico con presenza di disturbi che possono includere febbre, astenia, cefalea, insonnia, formicolio, prurito e dolore nel punto d'inoculazione, sopraggiunge la fase neurologica acuta che presenta un quadro drammatico, con iperestesia, vomito, disturbi respiratori con angoscia precordiale e idrofobia, scatenata dalla vista o dal rumore dell'acqua che può sfociare in una crisi delirante. Tutto il quadro clinico si esaurisce in 2 o 4 giorni e si conclude con il decesso che avviene per paralisi respiratoria. I cani sono gli animali più comunemente coinvolti, ma il loro controllo e i programmi di vaccinazione hanno ridotto negli stessi il rischio. L'immediato e prolungato lavaggio di morsi e graffi con acqua corrente e sapone, l'applicazione di acqua ossigenata o antisettici a base di iodio, può ridurre la quantità di particelle virali ed essere un metodo in qualche modo efficace per impedire l'infezione.

Probabilmente, la rabbia è la più antica malattia infettiva di cui si ha notizia, poiché la prima testimonianza scritta si trova nelle *Leggi di Eshnunna* (l'odierna Tell Asmar, in Iraq) scritte in Mesopotamia intorno al 1930 a.C., che impongono al proprietario di un cane che ne mostra i sintomi di prendere le misure preventive, e prevedono puni-

zioni in caso di inadempienza¹. La prima descrizione si trova nel *Sushruta Samhita* (VI sec. a.C. circa), un antico testo sanscrito, considerato il primo e più importante trattato particolareggiato di medicina e chirurgia, dove si precisano correttamente molti aspetti di questo virus. Ne parla anche Senofonte (430-354 a.C.); ne fanno cenno: Aristotele (384-322 a.C.) nella *Storia degli animali*, Virgilio (70-19 a.C.), Orazio (65-8 a.C.), Ovidio (43-17 d.C.) e Plutarco (46-125 d.C.)². Nei primi 2 secoli d.C. l'antica tradizione medica Greco-Romana iniziò a studiare questa patologia. A collegare il sintomo dell'idrofobia alla rabbia fu l'enciclopedista romano Aulo Cornelio Celso nel suo *De re Medica*³.

Circa 100 anni dopo, la scuola dei 'metodisti' migliorò la conoscenza della rabbia insieme a quella di molte altre malattie. Temisone di Laudicea⁴, fondatore della scuola, e un suo discepolo, divennero noti per esser sopravvissuti al morso di un cane rabbioso. Il primo metodista che parlò di rabbia fu Sorano⁵ il quale riconobbe che il contatto con l'animale poteva essere l'unica origine dell'idrofobia e ne descrisse alcuni sintomi come il polso irregolare, la febbre, l'incontinenza, il tremore e nel maschio l'involontaria eiaculazione. Galeno di Pergamo osservò che «l'idrofobia è la malattia che segue il morso di un cane maniaco ed è accompagnata da un'avversione contro il bere, da spasmi e singhiozzi»⁶.

Nel Medioevo, il concetto della trasmissione di una malattia da parte degli animali era ancora oscuro. Solo per la rabbia (dai cani) e il carbonchio (dal bestiame) si era ipotizzato il contagio tramite un animale. In questo periodo, i primi veri cambiamenti riguardo la comprensione di questa malattia virale si hanno grazie a tre massime personalità della medicina islamica:

*Al Razi*⁷, *Avicenna*⁸ e *Ibn Zuhr*⁹. Il primo, testimoniò le sue esperienze con malati di rabbia, ne descrisse i comportamenti, medicando il morso con scarnificazioni e cauterizzazioni. Successivamente, *Ibn Zuhr* scrisse un trattato intitolato *Sui mali furiosi*. Ma i veri progressi ci furono con Avicenna, che nel suo quarto libro scrisse che il caldo e il freddo fomentavano la malattia nei cani e attribuì la causa del contagio al consumo di acqua e carne infetta. In Spagna, verso la fine del XV secolo durante l'Inquisizione, la misteriosa confraternita dei *Saludadores* (curatori) passava di città in città assicurando protezione contro la rabbia. Si dichiaravano muniti di poteri elargiti direttamente dai santi e in grado di rendere innocuo il morso attraverso la loro saliva o il loro respiro. Gli inquisitori li considerarono eretici e li sottoposero a tortura per far loro confessare l'inganno.

La rabbia sembra aver avuto origine nel Vecchio Mondo e la diffusione tra gli animali nel Nuovo Mondo iniziò da Boston nel 1768 spostandosi poi in diversi altri Stati e divenendo un vero flagello. Nel XIX secolo, in Francia e in Belgio, si diffuse la pratica di usare la chiave di S. Uberto di Liegi¹⁰, debitamente arroventata, per marchiare gli animali al fine di prevenire l'infezione e per cauterizzare la ferita. La paura della malattia era tale da spingere talora la persona morsa da un cane sospettato di essere rabbioso a uccidersi o ad essere ucciso da altri. A tal proposito nel '700, in Francia, fu «promulgata una legge per reprimere l'usanza di avvelenare, strangolare o abbattere a fucilate chiunque fosse stato morso da un cane sospetto di rabbia»¹¹. Nei tempi antichi era praticato il fissaggio del frenulo linguale, che veniva tagliato e rimosso, in quanto si pensava che fosse all'origine della malattia. Questa prassi cessò solo con la scoperta del-

la vera causa della rabbia¹². Finalmente, il 6 luglio 1885 il chimico francese Louis Pasteur (1822-1895), dopo ripetuti esperimenti, ebbe l'opportunità di somministrare il suo vaccino anti-rabbico su Joseph Meister di 9 anni, morsiato da un cane rabbioso in varie parti del corpo, salvandogli la vita¹³.

Antichi rimedi per curare la rabbia

Nel *Sushruta Samhita* viene spiegato come trattare una ferita dovuta ad un cane rabbioso: dopo averla cauterizzata e spalmata con del burro liquefatto (che il paziente sarà poi costretto a bere) vi sarà applicato un impiastro di sesamo e, fino a guarigione, il malato dovrà cibarsi di torta di riso, radici e foglie. Celso, in epoca Greco-Romana, ipotizzò vari rimedi. Dopo la cauterizzazione, sulla lesione andranno applicati sale e cetriolini in salamoia. In seguito, il malato sarà inviato ad un bagno turco per farlo sudare fino al limite della sopportazione onde permettergli di espellere il veleno della rabbia, medicando poi la ferita con vino. Lo stesso Celso suggeriva di gettare in acqua la persona affetta da idrofobia: se non avesse potuto nuotare avrebbe bevuto e sarebbe affondato, mentre se fosse stato in grado di nuotare doveva essere spinto con forza sott'acqua fino a farlo bere un po'. Gaio Plinio Secondo, meglio conosciuto come Plinio il Vecchio (23-79 d.C.)¹⁴ fu il primo a prevedere l'utilizzo dell'animale per curare l'uomo: sulla lesione si doveva applicare la cenere ottenuta dalla combustione dei peli della coda o della testa del cane che aveva inferto il morso. Al paziente, trasferito poi in zone con aria 'buona', dovevano essere praticati massaggi agli arti e ricoperto con vesti pulite e calde nei punti affetti da spasmi.

Un medicamento «perfetto e di pubblico vantaggio»

La notizia relativa a una miracolosa composizione farmaceutica per la cura della rabbia era stata pubblicata il 2 settembre 1777 nel numero 70 della *Gazzetta Universale*¹⁵. In detto periodico, si faceva presente che il re di Prussia Federico II, essendo venuto a conoscenza che un contadino della Slesia possedeva un *secreto* contro i morsi dei cani rabbiosi, aveva incaricato il Collegio dei Medici di realizzare



tale rimedio per comprovarne l'efficacia. Poiché fu ritenuto «perfetto e di pubblico vantaggio», l'inventore venne lautamente ricompensato e la ricetta, che viene riprodotta più sotto, diffusa sul numero 35 del *Foglio di Lugano*¹⁶. Della prodigiosa scoperta fu informata la moglie del conte Giacomo Schioppo di Verona con una lettera datata Berlino 22 maggio 1778, scritta dal vocalista veronese Antonio Ubèr, detto *Porporino*¹⁷, che accompagnava un recipiente contenente i «vermi nominati di maggio»¹⁸.

Nuove di diverse Corti e Paesi

NB: Nel nostro foglio n. 33 del 18 passato agosto si espone a pag. 258 che dopo avere Sua Maestà prussiana, fatto comprare il segreto del rimedio per la morsicatura de' cani arrabbiati, il Collegio di Medicina di Berlino aveva pubblicato un avviso istruttivo per preparare gli ingredienti componenti tal rimedio, manipolarlo, e dar il modo di servirsene. È troppo importante all'umanità d'essere informata d'un medicamento si valevole a riparare ad una malattia veramente orribile e mortale, e però non può essere che grato al nostro leggitore l'aver di esso il seguente dettaglio.

Si prendano i vermi di maggio, o sia del mese di maggio (questi sono due qualità d'insetti de' quali diamo la descrizione). Il verme di maggio è un insetto che il cavalier Linneo¹⁹ mette nella classe dei coleopteri e che chiama *meloe*, ed in lingua tedesca *maykaefer*, che è propriamente il nome dello scarafaggio (*Sacarabaeus melolontha* di Linneo), ma non conviene punto al verme di cui si parla che si divide in due specie. La prima è il *Meloe proscarabaeus* di Linneo, e si chia-

ma anche *Anticantharus*: egli è della grossezza di un dito e, qualche volta, della lunghezza di un pollice e mezzo. La femmina è più grossa del maschio, non ha ali, ma alcune piccole squame a forma d'ala che non ricoprono che la metà del suo corpo: sono lisce come il cuoio che si chiama cordovano²⁰, nere, punteggiate, e non risplendono punto. Questo insetto non vola mai e cammina con la massima lentezza. Egli ha tutto il corpo, in generale, delicato e nero, macchiato di bleu, di verde e di giallo. La testa, le zampe ed il ventre sono piuttosto rosse che violacee: ha dodici articolazioni alle antenne, quelle di mezzo sono più grosse che le altre. Le zampe davanti e quelle di mezzo hanno cinque articolazioni e quelle di dietro solo quattro. Se si mette questo insetto nell'olio muore subito. Ha una proprietà particolare: quando si tocca sparge una materia oleosa e appiccicante di colore giallastro che si preme da tutte le congiunture del suo corpo e che tinge le dita di chi lo tocca.

Questa materia grassa, come anche l'insetto medesimo, tramanda un odor grato quando si schiaccia. La seconda specie del verme di maggio, perché questa è quella che merita giustamente un tal nome, è il *Meloe majalis* di Linneo. Questa è una specie più piccola ed ha degli anelli rossi alla parte inferiore del corpo che la distinguono dal primo, ma getta come l'altro un liquore denso, grasso ed oleginoso. Questi sono i due principali ingredienti dell'unguento contro i morsi dei cani arrabbiati. Si trovano per lo più per i prati, per le giuncaie, per i luoghi detti a solatio. Il tempo di prenderli è il mese di maggio quando fa buona stagione. Siccome al minimo tatto gettan fuori il mentovato, che è il primo necessario ingrediente, bisogna, per evitare quest'inconveniente, raccogliarli con due piccoli fuscellini in luogo di mollette e metterli senza stringerli in un vaso di vetro o terra osservando di non toccarli mai con le dita. Portati che sono a casa bisogna, nel tempo che sono ancor vivi, tagliar loro più rasente che si può la testa con piccole cesoie ben arrotate al di sopra di un vaso o di vetro o di terra dove sia del miele e questo si chiuda dopo avervi gettato il corpo dell'insetto e buttata via la testa per non perder nulla del suo liquore che deve cader tutto nel vaso



Meloe Proscarabeus (il verme di maggio)

dove è il miele. Si possono conservare così questi insetti duo e tre anni rimettendoci del miele a misura che manca.

- Non è però questa una nuova scoperta, perché sono già due secoli che il famoso medico *Wier*²¹ conobbe questi insetti per uso specifico contro le morsicature dei cani arrabbiati. Inoltre, i celeberrimi *Hartman* e *Roesler* nelle loro *Effemeridi Germaniche* ne parlano diffusamente citando le esperienze fatte e descrivendo il metodo di preparare tale rimedio. Vedi *Geoffroy*²², tomo terzo del Regno animali, alla parola *Scarabeus*, p. 174 e 177.
- Si prendono 200 de' vermi neri o 150 degli insetti che sono colore d'oro per una quarta di miele (la quarta di Berlino è un boccale di Francia di misura ordinaria), dimodoché non è necessario procurarsi tutte due le specie che tanto è adoprare l'una e l'altra. Allora si serba il vaso dove sono i vermi e il miele in un luogo fresco e ben temperato ed il vaso dee essere chiuso con tutta l'esattezza.

Ricetta

Ventiquattro vermi di maggio conservati nel miele come sopra, 4 porzioni di triaca²³ o marmellata di ginepro se manca la prima, due dramme di legno di cedro²⁴, una dramma di radice serpentaria della Virginia²⁵, una dramma di limatura di piombo²⁶, 20 grammi di *Ebereschen-Schwamm*²⁷. Finalmente una dose di miele in cui si sono conservati i predetti insetti.

Preparazione di questi ingredienti

- I. Presi gl'insetti dal vaso del miele si schiacciano sopra un tondino con un coltello o una spatola e si riducono a una specie di pasta.

- II. Allora si aggiunge la triaca.
- III. Bisogna grattare del legno d'ebano²⁸ e ridurlo in finissima polvere passata per staccio prima di mescolarla con tutto il medicamento.
- IV. Si spolverizzi nell'istessa guisa la radice suddetta di serpentaria.
- V. Nel modo istesso il detto ingrediente *Ebereschen-Schwam* e si mescoli il tutto a misura che si va avanti nella preparazione.
- VI. La limatura di piombo messa nella massa, si faccia una parte che si fa duopo bene lavorare e render consistente, mescolandovi quanto bisogna del suddetto miele per far di tutto una specie di marmellata.
- VII. Si conservi il tutto in un vaso di vetro o di terra ben chiuso e si deponga in un luogo ben temperato. È molto meglio però rinnovare spesso il rimedio che prepararne in troppa quantità, essendo sottoposto alla muffa che gli toglie la sua virtù.

Maniera di dare questo rimedio riguardo alla natura e forza de' diversi temperamenti

A maschi dell'età di venticinque anni fino agli ottanta due dramme, alle femmine dell'istessa età una dramma e 30 grani²⁹.

Da venticinque anni a quindici, 1 dramma e 30 grani per i maschi, e 1 dramma e grani 15 per le femmine.

Da dieci anni fino a sei, 4 grani per i maschi e 30 per le femmine.

Da tre anni fino a cinque, 30 grani per i maschi, e 26 per le femmine. Finalmente per i maschi d'uno o due anni, 20-24 grani (e tocca alla balia a prender la medicina quando un bambino stato morso è ancora lattante).

A cavalli, bovi, vacche ecc., in due volte, una la mattina e una la sera 3 dramme e 30 grani. Ai vitelli giovani e puledri di uno o due anni, 1 dramma e 40 grani. A quei lattanti 1 dramma.

Ai porci 2 dramme e 30 grani. A quei di mezza età una dramma e 30 grani, e a quei più piccoli di meno di 1 dramma.

Alle pecore e capre 1 dramma e 50 grani, ai capretti e agnelli 1 dramma.

Ai cani maggiori di due anni 2 dramme, a quei che hanno più di otto mesi 1 dramma e 30 grani, e ai piccoli 1 dramma e 10 grani. A ogni sorta di volatili grani 35.

Metodo di vita da tenersi in tempo di cura

Quando una persona è stata morsa da un cane arrabbiato e che ha presa l'indicata pozione, dee astenersi dal mangiare per 24 ore e dal bere per 12 ore. Se in capo a questo tempo trovasi l'ammalato troppo oppresso dalla sete, bisogna dargli un poco di the di sambuco o di fior di ginepro o, mancando questo, the usuale. L'ammalato non dee prender aria in tutto il tempo della cura. Dee sudare in suo appartamento temperato e stare in letto le prime 12 ore. Dopo 24 ore, bisogna fargli mutar la camicia e bruciar quella che aveva addosso per esser contagioso il sudore. In tempo d'inverno bisogna aver cura di tenere caldo l'appartamento. Se il morso del cane si è cambiato in una piaga, bisogna astergerla col vino e aceto di birra in cui si mette un poco di sale. In mancanza di aceto si prende dell'acqua in cui si sia stemperato del sale. Quest'acqua, o vino, debbono essere caldi e fa d'uopo lavar la piaga più volte al giorno e fasciarla con mettervi sopra dell'unguento basilicon³⁰ o butirro fresco ben salato e vi si aggiunge dell'oglio di scorpione³¹, o di quello dei vermi de' quali si è di sopra parlato. Per fare questo basta lasciare stare tali insetti nell'olio. Dopo la cura dee astenersi il malato da liquori forti, da moti violenti e da qualunque altra cosa che potesse riscaldarlo.

Per le bestie morse

Queste si mettono a parte e non si lascia loro prender aria che dopo un giorno o due, che è il tempo che dura la cura, e qualche volta più. Dopo questo tempo, si mettono in altra stalla e si netta e purifica bene quella dove sono state. Non si dà nulla da mangiare agli animali ammalati per 24 ore e nulla da bere per 12. Per le piaghe si pratica l'istesso metodo che per gli uomini. Quelli che curano le persone o bestie morse, debbono parimenti prendere una quantità di detto rimedio per preservarsi. Se invece di piaga non vi fosse che una lacerazione, bisogna contuttociò praticare l'istesse cautele. Tutti gli speciali e chirurghi degli Stati Prussiani hanno avuto ordine di star sempre provvisti di questo specifico, a beneficio di quelli che non lo possono far da sé.

Note e bibliografia

*Le informazioni su alcuni dei personaggi citati sono tratte dall'Enciclopedia Treccani, *ad vocem*.

- Un avviso a stampa pubblicato a Thiene il 6 ottobre 1806, informa che un cane affetto da idrofobia aveva morsicato alcuni cani di quella città. Pertanto, si sollecitavano tutti gli abitanti a prendere le dovute precauzioni, poiché spirate le 12 ore dalla diffusione del comunicato, qualunque cane che fosse trovato a vagare libero, avente o non avente segni della malattia, doveva essere «irrimissibilmente ammazzato» senza far uso di armi da fuoco. Al responsabile dell'uccisione sarebbe stato corrisposto un premio di lire 6 (Archivio di Stato Verona, d'ora in poi ASVr), VIII Vari, appendice, b. 46).
- L. Sterpellone, *Medici illustrissimi...*, le incredibili avventure della medicina, Firenze 1987, p. 68.
- È considerato il primo Dizionario che dominerà la scienza medica per due millenni. Celso (14 a.C.–37 d.C.), patrizio romano, enciclopedista, dopo un proemio sulla mitologia e la storia della medicina romana, in otto libri di diverse aree di interesse, divide la scienza medica in tre filoni principali: dietetica, farmacologia e chirurgia. Espone le sue conoscenze di semeiotica e igiene (libro I); eziologia, sintomatologia, prognosi delle malattie e fattori che le influenzano (libro II); febbri e loro terapia (libro III); anasarca, tetano, asma, polmonite, ascessi tonsillari, splenomegalia, dissenteria e artrite (libro IV); suddivisione dei medicamenti interni ed esterni, cura delle ferite (libro V); malattie della pelle (libro VI); chirurgia (libro VII); fratture e lussazioni (libro VIII). Numerosi gli esempi di sintomi, terapie e casi clinici descritti che, pur non dimostrando una sua sicura appartenenza alla professione medica, sono prova della sua profonda conoscenza dei testi greci e della sua frequentazione dei malati (L. Sterpellone, *Dagli DEI al DNA*, vol. 2, Roma 1989, pp. 267, 268).
- Temisone di Laodicea, vissuto a Roma nel I secolo dell'era volgare, ideò la creazione di un sistema nel quale si potessero inquadrare tutte le malattie distinguendo tre stati morbosi: lo status strictus, nel quale i pori sono ristretti; lo status laxus, nel quale questi sono allargati; e lo status mixtus. Le sue opere, delle quali la più importante furono i Libri periodici, sono andate perdute, ma le sue dottrine sono conservate nel testo di Celio Aureliano (famoso medico del V sec. d. C., nato in Numidia e vissuto a Roma. Le sue opere, tra cui *De morbis acutus et chronicis* e *Gynecia*, sulle malattie delle donne, sono traduzioni, con poche aggiunte, di opere di Sorano, che conservano le dottrine della scuola dei metodici).
- Sorano di Efeso (prima metà del II sec. d.C.), medico greco reputato il più grande ostetrico dell'antichità e il maggiore rappresentante della scuola metodica dell'epoca. Esercità a Roma sotto Traiano, fondò la ginecologia e l'ostetricia scientifica. Autore di un trattato sulle Malattie delle donne, considerato un classico fino al Rinascimento, e di altri scritti tra i quali: *Sull'utero* e sui genitali femminili; *Sui segni delle fratture*; *Sui bendaggi*.
- L. Sterpellone, *Dagli DEI al DNA*, Roma 1989, vol. 2, p. 277. Galeno, medico e filosofo greco (129 a.C.–201 d.C.), i cui punti di

vista hanno dominato la medicina occidentale fino al Rinascimento, quando cominciarono a essere messi in discussione. Dal suo nome deriva la galenica, l'arte di preparare i farmaci da parte del farmacista.

- Abū Bakr Muḥammad ibn Zakariyyā 'al-Rāzī, scienziato e filosofo arabo (865-925 circa), fu direttore dell'ospedale di Raj (città presso Teheran) e di Baghdad. Autore prolifico (delle sue 184 sue opere sono giunte a noi soltanto parziali traduzioni) e di grande erudizione, si poneva in atteggiamento critico sia verso la tradizione religiosa (considerava impostori i profeti di tutte le religioni), sia nei confronti degli autori classici. Nei Dubbi su Galeno, non risparmiò critiche al medico pur riconoscendone i grandi meriti. La sua opera più importante, notissima nell'Occidente con il titolo *Continens*, raccoglie un enorme numero di osservazioni cliniche, in parte compiute da lui stesso, in parte tratte dalle fonti mediche. *Al-Rāzī* godette di notevole fama anche per le sue opere alchemiche, tra le quali ebbe particolare fortuna il *Segreto dei segreti*. Da ricordare anche il *Liber medicinalis Almansoris*, e il *Liber de pestilentia*, nel quale fornisce una prima descrizione differenziata tra vaiolo e varicella (L. Sterpellone, *Dagli DEI...*, vol. 3, Roma 1990, pp. 330,331).
- Abū 'Alī al-Ḥusayn ibn 'Abdallāh ibn Sīnā (980-1037), medico, filosofo, matematico e fisico persiano, considerato il padre della medicina moderna, noto in occidente come Avicenna. Nel *Canone*, la sua opera più famosa suddivisa in cinque libri, ciascuno dei quali distinto in capitoli e paragrafi, tratta anche della rabbia (L. Sterpellone, *Dagli DEI...*, vol. 3, pp. 331-333).
- Abū Marwān 'Abd al-Malik ibn Zuhr (1094-1162), medico e chirurgo arabo, nato a Siviglia e noto come "il celebre saggio", risentì molto degli insegnamenti di suo padre, pure medico. Abile chirurgo e apprezzato insegnante, fu costretto al volontario esilio a causa dell'invidia dei suoi colleghi, ma trovò accoglienza e protezione presso il Sultano almoravide Yūsuf ibn Tāshfīn. Morì di un tumore che si era diagnosticato e che cercò di guarire, conducendo una puntuale analisi e un preciso resoconto dell'andamento della patologia. Preconizò la tecnica dell'intubazione nei pazienti impossibilitati a deglutire e, tra le altre, descrisse un'operazione per l'asportazione della cataratta. È noto soprattutto il suo *Libro della semplificazione sulle terapie e la dieta*, che influenzò enormemente gli studi medici. Ha lasciato un trattato di medicina, tradotto in latino sotto il titolo *Rectificatio medicationis et regiminis* (Venezia, 1490-Lione, 1531) e due trattati sulle febbri, pubblicati a Venezia nel 1578 (L. Sterpellone, *Dagli DEI...*, vol. 3, pp. 336-338).
- Nato probabilmente a Tolosa nel 656, condusse una vita dissoluta. Rimasto vedovo, si dedicò agli studi teologici e, ordinato sacerdote, divenne il principale assistente di Lamberto, vescovo di Maastricht, al quale succedette nel 706. Si dedicò all'evangelizzazione delle zone orientali del Belgio e fondò la diocesi di Liegi, di cui divenne il primo vescovo. La venerazione di questo santo, invocato contro il morso dei cani, ebbe ampia diffusione nel Medioevo.
- L. Sterpellone, *Dagli DEI...*, Roma 1991, vol. 4, p. 560.
- Sull'argomento si veda anche: F. Boissier

de Sauvages de Lacroix, *Dissertation sur la nature et la cause de la Rage, dans laquelle on recherche quels en peuvent être les préservatifs & les remèdes*. Pièce qui a remporté le prix de l'Académie royale des sciences, Toulouse 1749.

- Su Pasteur rimando a L. Sterpellone, *Dagli DEI...*, vol. 4, pp. 555-563, e *Medici illustrissimi...*, pp. 53-79, dello stesso autore. La natura virale della rabbia fu sospettata da Alfonso Di Vestea (1854-1938). Dopo un suo soggiorno all'Istituto Pasteur di Parigi, affascinato dagli studi del ricercatore francese, condusse una meditata serie di osservazioni che gli consentirono di pervenire a conclusioni di fondamentale importanza. Rientrato a Napoli, nel 1886 pubblicò Pasteur e la microbiologia, ossia dalle fermentazioni alla profilassi della rabbia. Per studi e scoperte sul virus della rabbia possiamo ricordare: nel 1901, Constantin Levaditi (1874-1953) biologo romeno, professore all'Istituto Pasteur; nel 1903, a Costantinopoli, Paul Remlinger (1871-1964); nel 1903, Adelchi Negri (1876-1912), assistente di Camillo Golgi a Pavia; nel 1962 i russi Sokolov e Vanag riconobbero al microscopio elettronico la caratteristica morfologica "a proiettile" del virus rabbico (cfr. *Enciclopedia medica italiana*, II edizione, Firenze 1976, pp. 1663-1677; L. Sterpellone, *Dagli DEI...*, Roma 1992, vol. 5, p. 695). Per un ampio elenco di opere sette-ottocentesche di autori francesi sulla rabbia, si veda: J. B. Huzard, *Catalogue des livres, dessins et estampes de la bibliothèque de feu M. J. B. Huzard*, Paris 1842, troisième partie.
- L'unica sua opera pervenuta, tra le molte andate irrimediabilmente perdute, è la *Naturalis historia*, una vasta enciclopedia in 37 volumi che tratta di antropologia, botanica, geografia, lavorazione dei metalli, medicina, mineralogia, storia dell'arte e zoologia.
- Gazzetta Universale*: o sieno notizie storiche, politiche, di scienze, arti, agricoltura, ecc., vol. IV, anno MDCCCLXXVII, pp. 557-560.
- Periodico settimanale fondato dalla famiglia milanese Agnelli* (a cui si deve l'apertura della prima tipografia nel territorio ticinese) stampato a Lugano dal 1.8.1746. Conosciuto come *Gazzetta di Lugano*, ne assunse ufficialmente il nome dal 2.1.1797 (cfr. Scelta di opuscoli interessanti tradotti da varie lingue contenente i 12 volumi dell'anno 1777, vol. XXXIII, Nuova Edizione, Tomo III, Milano 1784, pp. 440-443).
- Uberti Antonio (Verona 1697-Berlino 1783), figlio di genitori tedeschi, il cui cognome era originariamente Hubert. Ubert, soprannominato Hubert, interpretò l'opera italiana in Germania, e dal 1741 cantante da camera di Federico II il Grande. Soprannominato il Porporino, per essere stato allievo prediletto del maestro di canto napoletano Nicola Antonio Giacinto Porpora (1686-1766), uno dei più celebri compositori della sua epoca soprattutto per quanto riguarda l'ambito operistico.
- ASVr, Ufficio Sanità, b. XLVII; ASVr, Archivio Campagna, appendice, b. 25. I documenti sono così distinti: copia della lettera di Ubert alla contessa Schioppo, ricetta scritta in francese, due foglietti a stampa (pp. 1039-1044) scritti in tedesco a caratteri gotici, una copia manoscritta del Foglio di Lugano, n. 35, 8 settembre 1777.
- Carlo Linnè (Carl von Linné), medico e naturalista svedese (1707-1778), riforma-

tore della nomenclatura e fondatore della moderna sistematica, ideò il metodo di classificazione che adotta la nomenclatura binomia, assegnando agli organismi viventi due nomi: uno per il genere e uno per la specie.

20 Cuoio di pelle di capra, castrone, o altri animali, la concia del quale fu messa a punto nella città di Cordova.

21 Johann Wier (1515–1588) chiamato anche Johann Weyer in tedesco o Wierus in latino, medico e demonologo olandese.

22 Étienne François Geoffroy (1672-1731), chimico e medico parigino, docente al Collegio Medico di Parigi, noto per aver realizzato la tavola di affinità chimica.

23 La Teriaca (dal greco *thēriakē*, cioè 'antidoto'), un antico polifarmaco dotato di virtù magiche e capace di risolvere ogni tipo di male, fu prescritto ininterrottamente per 18 secoli. Il suo precursore fu il Mitridato, senza la carne di vipera, impiegato come antidoto da Mitridate VI re del Ponto (132-63 a.C.) ossessionato dalla possibilità di essere avvelenato. La Teriaca usata in Occidente fu quella ideata da Andromaco il Vecchio (I sec. d.C.), medico di Nerone, che perfezionò la ricetta aggiungendo oppio e carne di vipera certo che quest'ultima ne avrebbe aumentato le virtù. Nasceva così la Teriaca Magna o di Andromaco, riveduta poi da Critone di Heraclea (I-II sec. d.C.), medico di Traiano. Galeno di Pergamo nel suo *De teriaca ad Pisonem*, esaltò l'azione portentosa della Teriaca sostenendo che era sufficiente assumerne ogni giorno una certa quantità per essere protetti dai più potenti veleni. Fino al XII secolo la Teriaca fu preparata dai medici, ma nel 1233 l'Imperatore Federico II di Sicilia, con l'editto noto come *L'Ordinanza Medicinale*, attuò una netta separazione tra la professione medica e quella farmaceutica, affidando la preparazione dei farmaci alla Corporazione degli Aromatari sotto il diretto controllo dei medici. All'inizio del XIV secolo, con l'introduzione in Europa di nuove spezie, si sentì il bisogno di creare figure che fossero esperte di queste 'droghe' utilizzate anche nell'alimentazione umana. Nacque così il Collegio degli Speciali riconosciuto ufficialmente nel 1429. Da allora la Teriaca subì notevoli modificazioni divenendo via via sempre più complessa, per cui si passò dai 54 componenti originali, ai 65 del Medioevo, fino alle centinaia nei successivi periodi storici. Il successo esplose nel XVI secolo, quando nelle spezierie di Bologna, Napoli, Venezia e Roma tale farmaco veniva prodotto in notevole quantità, divenendo una voce importante per l'economia delle città. La migliore di tutte era quella che si confezionava a Venezia, poiché gli speciali della Serenissima potevano utilizzare più facilmente le droghe provenienti dall'Oriente. Temendo adulterazioni, a causa del numero e della rarità di alcuni ingredienti, fu stabilito che la preparazione del medicamento dovesse avvenire sulla strada prospiciente la spezieria. Dopo l'esposizione al pubblico per tre giorni delle varie essenze, affinché tutti si rendessero conto della loro genuinità, si assisteva a un vero e proprio rito, studiato nei minimi particolari, effettuato alla presenza del Protomedico e delle più alte Autorità sanitarie. Si ha notizia dello straordinario allestimento realizzato dal veronese Francesco Calzolari, botanico autodidatta e speciale all'insegna della Campana d'Oro (tra le più antiche spezierie

di Verona, situata nella Piazza Erbe presso la torre dei Lambertini). Dotto precursore del vero pensiero scientifico e del metodo sperimentale, godeva grande notorietà presso gli specialisti suoi contemporanei anche per aver approntato il primo Museo naturalistico del mondo (molti studiosi venivano da fuori Verona per ammirarlo e studiarlo). Una cronaca d'epoca afferma: «Davvero memorabile l'esposizione che fece nella sua bottega per le feste pasquali del 1561. Studiò un nuovo modo per preparare la Teriaca aggiungendo nuovi componenti che espone in ordinatissima mostra per tre giorni e tre notti. Il pubblico accorse numeroso per ammirare la lussuosa e spettacolare vetrina, richiamato anche da suoni di trombe e di tamburi. Questa nuova preparazione, dopo essere stata discussa da alcuni medici del Collegio, fu approvata e registrata dal notaio della Casa dei Mercanti. In seguito, fu inviata a medici suoi corrispondenti che lodarono ampiamente tale medicina e, sperimentata, la considerarono migliore di tutte quelle già conosciute dopo quella rielaborata da Galeno. Quella del Calzolari, stemperata in una dramma di malvasia, richiamò in vita una fanciulla di 12 anni, oppressa da febbre maligna, senza polso e senza voce, dopo due ore dalla somministrazione gettata con forza giù per la gola». Per raggiungere il massimo dell'efficacia il medicamento doveva maturare almeno quattro anni, ma la sua validità era valutata fino a sessant'anni. Questo farmaco dalle virtù inimitabili, potente antiveleno e vermifugo (una donna dopo averlo assunto «cacciò dal corpo più di mille vermini»), elaborato solo da alcuni speciali, in quanto molto impegnativo e costoso, divenne il rimedio sovrano per un'infinità di malattie, le cui modalità di somministrazione e dosaggio variavano a seconda della patologia, dell'età e del grado di debilitazione del paziente. Stemperata nel vino, nel miele, nell'acqua o avvolta in foglia d'oro, si assumeva dopo aver purgato il corpo in dose variabile da una dramma a mezza dramma. Il periodo più favorevole era l'inverno, evitando in ogni caso l'estate, a meno di uno stato particolarmente grave. Con il trascorrere del tempo, l'interesse per questa panacea universale diminuì, e nonostante non la si utilizzasse più, a fine Ottocento si trovava ancora catalogata in farmacopee di numerosi paesi europei, e fino al 1850 la si preparava ancora a Venezia. A Napoli venne prodotta fino al 1906 (Sulla Teriaca si veda: ASVr, Ufficio Sanità, reg. 268; G. C. Fantasti: medico, filosofo e poeta veronese, pubblicò *Vero modo di comporre la Theriaca*, giusta l'intenzione di Andromaco Vecchio secondo Galeno, Verona 1667; A. Galassi-R. Sarzi, *Alla Sirena*, spezieria del '600 in Mantova, Mantova 2000, pp.192,193; Universitas Aromatariorum a cura di L. Colapinto-G. B. Marini Bettòlo-C. De Vita-E. Cicconetti-O. Mazzucato-C. Sciorilli, Roma 1985, pp. 74,75. Su Calzolari: V. Cristini, Francesco Calzolari farmacista veronese (1522-1609) «da Verona a Rivoli al Monte Baldo», Verona 2009; D. Zanini, Calzolari botanico e farmacista, in: «Atti e memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona», vol. CLXXXIII, a. a. 2007-2008 e 2008-2009, Verona 2009, pp. 295-319; E. Curi, Francesco Calzolari e la teriaca perfetta, ivi, pp. 321-334).

24 Una dramma corrisponde a circa 3,545 grammi. Il legno di cedro ha proprietà antisettiche.

25 Si tratta dell'*Aristolochia serpentaria virgiana*, che prende nome dal luogo d'origine, l'America Settentrionale. Le *Aristolochiacee* (*Aristolochia*, dal greco 'ottimo parto', usata fin dai tempi di Ippocrate contro le infezioni puerperali), presenti in varie parti del mondo, vennero usate contro la gotta e per la loro attività detergente, vulneraria e anticancerica. L'*Aristolochia* faceva parte della *Hiera purgativa* di Galeno e fu utilizzata da Avicenna come afrodisiaca e tenifuga, mentre il Mattioli (Pietro Andrea Mattioli [1501-1578] medico e botanico senese), nei suoi commenti a Dioscoride, confermando tutte le precedenti indicazioni, la definì valentissima contro l'asma, l'epilessia, la gotta e molto altro. Divenuta un medicamento molto in voga nell'Europa del '600, fu prescritta da sola o combinata con la corteccia del Perù nelle febbri continue per il suo potere antisettico (cfr. A. Galassi-R. Sarzi, *Alla Sirena...*, pp. 122,123).

26 La tossicità di questo metallo era già stata denunciata da Aulo Cornelio Celso quando evidenzia i gravi sintomi gastrointestinali in chi beveva vino conservato in recipienti di piombo. Nonostante ciò, i medici continuarono per molti secoli a impiegare l'ossido di piombo come lassativo, depurativo e contro i morsi degli animali, e il piombo bruciato come emostatico e digestivo. Un sale di questo minerale, disperso in grasso, era usato come lenitivo nelle emorroidi e nelle lussazioni (A. Galassi-R. Sarzi, *Alla Sirena...*, p. 176).

27 «Il signor Wilmet di Nancy, uno de' più dotti botanici viventi d'Europa, ha dato la spiegazione delle dette parole tedesche. Egli asserisce che ad essere così nominato è l'Agarico, un fungo dell'Orno ossia del Frassinio Silvestre, appellato dal celebre botanico Linneo, *Fungus Sorbi Aucupariae Linnæi* (R. James, *Dizionario universale di medicina, di chirurgia, di chimica, di botanica, di anatomia, di farmacia, d'istoria naturale*», ed. Veneta del 1753, tomo X, pag. 649).

28 Le sue proprietà farmacologiche non sono note.

29 Il grano corrisponde a un chicco di frumento (= 0,0648 grammi).

30 Questo unguento, ottimo rimedio contro i morsi dei cani rabbiosi, era preparato secondo due formule di Mésué il Giovane (Joannis Mesuae Damasceni o Pseudo-Mésué, medico cristiano della Chiesa ortodossa siriana, di origine italiana, autore di un ricettario di farmacia, ma anche di pasticceria noto come *Antidotarium Mesuae*, che fu influente in tutta Europa fino al XVIII secolo). La prima formula, o maggiore, era a base di cera, ragia di pino, pece, incenso e mirra; la seconda, o minore, preparata con cera, ragia grassa, pece, e olio comune (A. Galassi-R. Sarzi, *Alla sirena...*, p. 196; P. Borgarucci, *La fabbrica de gli spetiali*, partita in XII distintioni, Venetia 1567, pp. 848-850).

31 L'olio di scorpioni del Mattioli, ottenuto con scorpioni vivi cotti in olio vecchio di cento o più anni, con l'aggiunta di semplici vegetali, macerati, spremuti e filtrati, fu usato fino al '700 contro le punture o morsi di animali velenosi, le intossicazioni e anche la peste poiché si riteneva fosse causata da 'miasmi velenosi' (A. Galassi-R. Sarzi, *Alla sirena...*, p. 168).

Attivazione Dossier formativo di gruppo della FNOMCeO per il triennio 2017-2019

La FNOMCeO, alla luce della deliberazione della Commissione Nazionale per la formazione continua del 25 luglio 2019 che consente di usufruire di un bonus di 30 crediti per la costruzione, entro il 31/12/2019, del dossier formativo per il triennio 2017-2019, ha predisposto - in qualità di soggetto abilitato - un dossier di gruppo che prevede l'inserimento di tutti gli iscritti agli Albi, medici e odontoiatri.

Il dossier intende definire un insieme di tematiche professionali trasversali, di supporto ai professionisti nello svolgimento della pratica professionale quotidiana, che possano contribuire a costruire il portfolio delle competenze del medico e dell'odontoiatra. Per tale motivo sono privilegiati nella composizione del dossier e nella suddivisione delle tre aree degli obiettivi tecnico-professionali (30%), degli obiettivi di processo (30%) e degli obiettivi di sistema (40%), i temi

che rispondono a bisogni comuni di sapere quali la deontologia, i vaccini, le problematiche medico legali, la violenza sugli operatori, la medicina di genere ed altre tematiche considerate di particolare interesse per la formazione da parte della Commissione Nazionale.

Vi informo che l'attivazione del dossier si è completata in questi giorni e ciò significa che ciascun iscritto agli Albi, medico e odontoiatra, ha acquisito automaticamente i 30 crediti ECM previsti, utili per l'attuale triennio 2017-2019.

Al contempo, al fine di chiarire eventuali quesiti, Vi avviso che, nel momento in cui il singolo professionista vorrà verificare la propria situazione nella banca dati del CoGeAPS, potrebbe trovare le seguenti situazioni per le difficoltà legate alle carenze del personale e tuttora in fase di risoluzione:

- i crediti ECM conseguiti come bonus per il dossier formativo risultano essere ancora 10, come prevedeva la precedente normativa; - i professionisti iscritti recentemente agli Albi potrebbero non essere presenti.

Entrambe le criticità saranno sanate a breve non appena si sarà concluso il processo di aggiornamento delle anagrafiche nel sistema CoGeAPS, attualmente in fase di lavorazione.

Come di consuetudine Vi chiedo di pubblicizzare presso gli iscritti questo importante risultato in vista della scadenza del triennio formativo.

IL PRESIDENTE
FILIPPO ANELLI



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.

La resistenza agli antibiotici emergenza mondiale: la Fnomceo lancia un corso sulla corretta gestione

Si scrive **“Antimicrobial Stewardship”**, si legge come l’insieme degli interventi coordinati volti a promuovere l’uso ottimale degli antibiotici: la scelta del farmaco, del dosaggio, la modalità e la durata della somministrazione.

Tra gli obiettivi, quello di combattere l’antibiotico-resistenza, che costa ogni anno la vita a 700mila persone nel mondo, 33mila in Europa, 11mila solo in Italia.

Per diffondere la cultura dell’utilizzo appropriato e saggio degli antibiotici, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (**Fnomceo**) lancia il nuovo corso di formazione a distanza gratuito **“ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: un approccio basato sulle competenze”**, che, aperto a medici e odontoiatri, sarà fruibile dal 18 ottobre al 31 dicembre sulla piattaforma Fadinmed, erogando 13 crediti ECM.

*“Gli antibiotici sono farmaci salvavita e la loro scoperta è tra i più importanti progressi del XX secolo. Tuttavia, si accumulano dati che dimostrano che l’uso improprio degli antibiotici è diffuso in tutti gli ambienti sanitari -spiega Guido **Giustetto**, presidente dell’Ordine dei Medici di Torino e responsabile scientifico del corso- L’utilizzo eccessivo e spesso non appropriato di questi farmaci ha portato all’apparizione e alla diffusione di batteri resistenti e alla conseguente riduzione dell’efficacia di questi medicinali”.*

*“Le resistenze agli antibiotici sono attualmente un problema diffuso su scala mondiale e una reale minaccia per la salute pubblica – aggiunge Rosa **Prato**, epidemiologa, responsabile scientifico del corso e coordinatore per la Puglia del Gruppo Tecnico regionale di monitoraggio del Piano Nazionale di contrasto dell’antimicrobico -resistenza 2017-2020-*

*Per preservare l’utilità di questi farmaci salvavita, dobbiamo tutti usare gli antibiotici con saggezza. In particolare, i medici devono saperli prescrivere in modo appropriato, educando i loro pazienti e i colleghi all’uso corretto di questa risorsa medica sempre più scarsa”. “Il corso è la versione italiana di un analogo percorso di aggiornamento dell’Organizzazione mondiale della Sanità– conclude Roberto **Stella**, coordinatore dell’Area Strategica Formazione di **Fnomceo** -.*

È composto da 16 video, con audio in lingua italiana, dalle diapositive in lingua inglese presentate dai relatori, dalla bibliografia specifica per ogni argomento e da 10 scenari clinici sulla prescrizione appropriata degli antibiotici. Fornisce le conoscenze cliniche necessarie per utilizzare gli antibiotici in maniera appropriata e offre spunti per trasferire queste conoscenze nella pratica clinica quotidiana”.

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 reminescenza, 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.

Udienza alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, 20.09.2019

Alle ore 12.00 del 20 settembre u.s., nella Sala Clementina del Palazzo Apostolico, il Santo Padre Francesco ha ricevuto in Udienza la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e ha rivolto loro il discorso che riportiamo di seguito:

Cari fratelli e sorelle, accolgo con piacere tutti voi, appartenenti alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, e ringrazio il vostro Vice Presidente per le sue cortesi parole. So che avete dedicato l'ultimo triennio agli "stati generali" della professione medica, ossia al confronto su come esercitare al meglio la vostra attività in un mutato contesto sociale, per meglio individuare i cambiamenti utili a interpretare le necessità delle persone e per offrire loro, insieme con le competenze professionali, anche un buon rapporto umano.

La medicina, per definizione, è servizio alla vita umana, e come tale essa comporta un essenziale e irrinunciabile riferimento alla persona nella sua integrità spirituale e materiale, nella sua dimensione individuale e sociale: la medicina è a servizio dell'uomo, di tutto l'uomo, di ogni uomo. E voi medici siete convinti di questa verità sulla scorta di una lunghissima tradizione, che risale alle stesse intuizioni ippocratiche; ed è proprio da tale convinzione che scaturiscono le vostre giuste preoccupazioni per le insidie a cui è esposta la medicina odierna. Occorre sempre ricordare che la malattia, oggetto delle vostre preoccupazioni, è più di un fatto clinico, medicalmente circoscrivibile; è sempre la condizione di una persona, il malato, ed è con questa visione integralmente umana che i



Papa Francesco nella sala Clementina del Palazzo Apostolico a Roma.

medici sono chiamati a rapportarsi al paziente: considerando perciò la sua singolarità di persona che ha una malattia, e non solo il caso di quale malattia ha quel paziente. Si tratta per i medici di possedere, insieme alla dovuta competenza tecnico-professionale, un codice di valori e di significati con cui dare senso alla malattia e al proprio lavoro e fare di ogni singolo caso clinico un incontro umano.

Di fronte, dunque, a qualsiasi cambiamento della medicina e della società da voi identificato, è importante che il medico non perda di vista la singolarità di ogni malato, con la sua dignità e la sua fragilità. Un uomo o una donna da accompagnare con coscienza, con intelligenza e cuore, specialmente nelle situazioni più gravi. Con questo atteggiamento si può e si deve respingere la tentazione – indotta anche da mutamenti legislativi – di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia. Si tratta di strade sbrigative di fronte a scelte che non sono, come potrebbero sembrare, espressione di libertà

della persona, quando includono lo scarto del malato come possibilità, o falsa compassione di fronte alla richiesta di essere aiutati ad anticipare la morte. Come afferma la Nuova Carta per gli Operatori Sanitari: «Non esiste un diritto a disporre arbitrariamente della propria vita, per cui nessun medico può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente» (n. 169).

San Giovanni Paolo II osserva che la responsabilità degli operatori sanitari «è oggi enormemente accresciuta e trova la sua ispirazione più profonda e il suo sostegno più forte proprio nell'intrinseca e imprescindibile dimensione etica della professione sanitaria, come già riconosceva l'antico e sempre attuale giuramento di Ippocrate, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità» (Enc. *Evangelium vitae*, 89).

Cari amici, invoco sul vostro impegno la benedizione di Dio e vi affido all'intercessione della Vergine Maria *Salus infirmorum*. Per favore, non dimenticatevi di pregare per me.

ENPAM: Approvato il Bilancio preventivo 2020

Approvato il bilancio preventivo ENPAM per il 2020.

Questa la decisione dell'assemblea ENPAM che si è riunita il 30 novembre a Roma. Il patrimonio dell'ente viaggia ora verso i 23 miliardi di euro grazie al saldo della gestione previdenziale che dovrebbe assestarsi intorno agli 895 milioni di euro.

Nel 2020 le entrate contributive dovrebbero sfiorare i 2,9 miliardi e produrre una surplus, rispetto ai costi delle pensioni pagate, di 270 milioni di euro. Il risultato sarà dovuto anche all'aumento di un punto percentuale delle aliquote previdenziali della Medicina Generale, degli Specialisti ambulatoriali e della Quota B previsto per il 2020. La gestione previdenziale godrà anche dei proventi derivanti nuovo obbligo contributivo a carico delle società odontoiatriche introdotto con la legge di bilancio 2018.

La spesa per prestazioni previdenziali toccherà quota 2,2 miliardi di euro a causa dell'aumento di chi andrà in pensione (+27% tra i liberi professionisti e + 14,5% tra i Medici di Famiglia nell'ultimo anno). Cosa che era comunque prevista dalla "gobba pensionistica". Dagli investimenti l'ENPAM attende proventi per 300 milioni di euro con una rendita dal capitale investito di circa il 6%. A pesare sui

rendimenti il sistema di tassazione che diversamente a quanto avviene in altri paesi europei non favorisce le casse previdenziali in tale obbligo. Calano le entrate contributive legate a ricongiunzioni e riscatti, cosa questa imputabile alla congiuntura economica, ma nuove fonti di reddito potrebbero venire dal rinnovo delle Convenzioni per la Medicina Generale e per gli specialisti ambulatoriali.

Quest'anno è andato a regime il contributo dello 0,5% che le società del settore odontoiatrico devono versare all'Enpam sul fatturato prodotto. La Fondazione lo utilizzerà a beneficio della gestione della libera professione.

Con la legge di bilancio 2018, infatti, è stato introdotto il principio, per il momento solo nel settore odontoiatrico, per il quale le prestazioni e gli introiti ottenuti con l'esercizio della professione debbano prevedere un contributo previdenziale integrativo che va ad aumentare le risorse destinate alle prestazioni a favore degli iscritti.

Nell'ambito della medicina convenzionata, sono aumentati i posti per la formazione in medicina generale. Nel 2019 sono 2453 in tutto i posti suddivisi tra le regioni ma rispetto al 2018 sono diminuite le borse di studio (-328). Parallelamente però il decreto

Semplificazioni (decreto legge 14 dicembre 2018 n.135) ha introdotto la possibilità di assegnare incarichi vacanti anche ai giovani medici che non hanno ancora concluso il corso di formazione in medicina generale.

Guardando ai più giovani sono in aumento gli studenti universitari che hanno scelto di essere tutelati dalla Fondazione già negli ultimi anni del percorso formativo. È un'iniziativa che consente ai giovani di anticipare l'ingresso nella previdenza, con i benefici connessi a una scelta tempestiva in termini di anzianità contributiva e di garanzie.

Sul piano del welfare strategico va ricordato l'introduzione della tutela della malattia e degli infortuni dei liberi professionisti. In termini pratici oggi tutti i liberi professionisti sono garantiti, indipendentemente dal reddito professionale, con un assegno sostitutivo che può durare fino a 24 mesi.

In ambito strettamente pensionistico va segnalata una sentenza della Corte di cassazione che, a metà ottobre 2019, ha dato il via libera alla ricongiunzione dei contributi previdenziali dalla gestione separata dell'Inps verso le Casse dei professionisti.

ROBERTO MORA

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.

Anni di specializzazione, ok a ricongiunzione

La Corte di cassazione ha dato il via libera alla ricongiunzione dei contributi previdenziali dalla gestione separata dell'Inps verso le Casse dei professionisti. Questo significa che i medici che hanno frequentato una scuola di specializzazione potrebbero chiedere di trasferire dall'Inps all'Enpam i contributi prelevati sulle borse di studio, una possibilità che finora era sempre stata negata.

La sentenza (n. 26039/2019) è arrivata su iniziativa di un commercialista e riguarda l'Istituto pubblico e il suo ente previdenziale di categoria. Tuttavia la portata delle argomentazioni dei giudici è più generale.

“È stato riconosciuto il principio, già stabilito in passato dalla Corte costituzionale, che un soggetto può scegliere qual è lo strumento giuridico per lui migliore per raggiungere l'obiettivo di avere un'unica pensione”, commenta il vicedirettore generale dell'Enpam Vittorio Pulci.

“Gli strumenti che sono a disposizione per valorizzare diversi spezzoni

contributivi sono la ricongiunzione, la totalizzazione, il cumulo; ciascuno con i propri pregi e i propri difetti – continua Pulci –. La Cassazione ribadisce che ognuno può scegliere qual è lo strumento migliore. Un principio fondamentale che non può essere sconosciuto”.

A CHI CONVIENE

I calcoli variano da persona a persona. È tuttavia immaginabile che a trovare vantaggio nella ricongiunzione dalla gestione separata saranno soprattutto gli specialisti ambulatoriali convenzionati o i medici specializzati che sono iscritti alla gestione Enpam della medicina generale, come ad esempio i pediatri di libera scelta.

Ad ogni modo la ricongiunzione non vale solo per i contributi prelevati sulle borse di specializzazione ma anche per quelli relativi ad altri tipi di compensi per i quali, a torto o a ragione, i versamenti sono stati fatti alla Gestione separata Inps. Chi lo desidera può fare domanda di ricongiunzione anche subito attraverso l'area riservata del sito Enpam.it.

COSA PUÒ ANDARE STORTO

Da un punto di vista pratico, comunque, la sentenza della Cassazione ha conseguenze solo sul caso del singolo commercialista, a meno che l'Inps non si adegui volontariamente. È quindi possibile che pur facendo una domanda di ricongiunzione simile, un altro professionista se la possa vedere rigettata. Se questo accadesse, però, la recente sentenza potrebbe essere usata per rafforzare un eventuale ricorso. Un'altra insidia potrebbe venire da un cambiamento delle leggi. Infatti poiché una ricongiunzione dall'Inps verso l'Enpam comporta uno spostamento di denaro con conseguenze sulle casse dello Stato, non è da escludere che in una prossima legge o nelle pieghe di qualche decreto venga inserito un emendamento per depotenziare il diritto affermato dalla sentenza.

Nel frattempo chi è fortemente interessato a trasferire i propri contributi versati alla Gestione separata Inps, può fare domanda di ricongiunzione e attendere l'esito.

GABRIELE DISCEPOLI



Perché preferire la ricongiunzione al cumulo

La recente sentenza della Cassazione che ha sdoganato la ricongiunzione anche per la gestione separata Inps, fa tornare d'attualità il quesito: "è meglio ricongiungere i contributi o cumularli?" Il costo dell'operazione e l'importo della pensione futura variano da caso a caso. Ma a parità di condizioni economiche, ci sono altre ragioni per cui potrebbe essere prudente spostare i propri contributi dall'Inps all'Enpam, ricevendo un'unica pensione dall'ente di categoria.

FAMILIARI

Gli assegni versati dall'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri non seguono infatti le normali regole pubbliche per quanto riguarda la reversibilità. **In caso di decesso, per esempio, l'Inps verserebbe al coniuge superstite solo il 60 per cento della pensione, mentre la percentuale riconosciuta dall'Enpam è del 70 per cento.** Stessa differenza di trattamento si ha anche nel caso in cui si lasciasse un orfano (Inps darebbe il 70 per cento; Enpam l'80 per cento)

oppure due orfani (Inps accorderebbe l'80 per cento mentre Enpam pagherebbe il 90 per cento della pensione). Altro dettaglio non da poco è la **cumulabilità con altri redditi**. Mentre la Cassa dei medici e degli odontoiatri paga la cifra spettante e basta, l'Istituto pubblico – nel caso il beneficiario della pensione abbia ulteriori redditi – può applicare tagli che possono ridurre ulteriormente l'assegno, fino a dimezzarlo (ad esempio una vedova invece di prendere il 60 per cento della pensione del coniuge, potrebbe percepire anche solo il 30 per cento).

INABILI

Capita inoltre che alcuni medici o dentisti debbano andare in pensione perché inabili, pur avendo magari un riscatto ancora in corso. In questi casi chi domanderà la pensione in cumulo avrà l'amara sorpresa di dover saldare subito tutte le rate restanti del riscatto chiesto. Invece, agli inabili con riscatti in corso, l'Enpam riconosce subito il vantaggio derivanti dagli anni riscattati, anche se non ha finito di pa-



garli; le rate restanti verranno detratte mensilmente dalla pensione.

RISCHIO LEGISLATIVO

Un ultimo aspetto da tenere in considerazione è la volatilità legislativa. Infatti le pensioni Inps, essendo pubbliche, risentono automaticamente dei cambiamenti imposti da Governo e Parlamento. L'Enpam invece, essendo una fondazione privata e godendo di autonomia gestionale, organizzativa e contabile è risultata spesso indenne da misure che miravano a salvaguardare il bilancio dello Stato. Ad esempio, **a differenza dell'Inps, l'Enpam non ha mai bloccato l'adeguamento delle pensioni all'inflazione.**

Stefano Falcinelli è il nuovo vicepresidente dell'Ente

È un medico di medicina generale il nuovo Vice presidente ENPAM: Stefano Falcinelli.

La sua nomina è avvenuta nel corso dell'assemblea nazionale ENPAM il 30 novembre u.s. dai rappresentanti dell'assemblea in sostituzione di Eliano Mariotti, scomparso prematuramente lo scorso maggio. Componente del Consiglio di ammi-

nistrazione dell'ente dal 2010, Presidente dell'Ordine di Ravenna dal 1997 e consigliere di amministrazione dell'Onaosi dal 2005 al 2011, Falcinelli è stato eletto a larga maggioranza, con 146 preferenze su 176 voti espressi.

"Ringrazio il presidente, il vicepresidente vicario, i componenti del consiglio di amministrazione. Prometto



che farò del mio meglio - ha detto il neo eletto - sono certo che è quanto vi aspettate da me".

Nel 2019 Falcinelli ha pubblicato "Al servizio della salute", un lucido resoconto sui primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale, scritto in collaborazione con la giornalista **Anna Guerra** ed edito da Ets.

La salute integrativa per i medici e i dentisti

Sono aperte le iscrizioni per il biennio 2020-2021 a SaluteMia, società di Mutuo soccorso che garantisce prestazioni sanitarie aggiuntive ai medici e agli odontoiatri che vi aderiscono.

Anche quest'anno i camici bianchi e i loro familiari hanno la possibilità di dotarsi di una copertura sanitaria studiata ad hoc e detraibile dalle tasse. Per ottenerla è possibile scegliere uno o più piani della società di mutuo soccorso SaluteMia.

I piani sanitari nascono per essere strutturati e combinati tra loro in base alle esigenze personali e del nucleo familiare.

Da quest'anno poi c'è una novità dal nome 'Critical illness'. La nuova prestazione prevede la corresponsione di una somma 'una tantum' con un massimale di 4mila euro per anno e nucleo familiare nel caso in cui si manifesti, in data successiva all'effetto della copertura, una delle gravi patologie indicate nel piano, e con le eccezioni previste dal regolamento.

PIANO BASE E PIANI INTEGRATIVI

PIANO BASE

0-29	30-40	41-55	56-65	66 e oltre
€ 300	€ 360-390	€ 565-650	€ 795	€ 1.095-1.485



DI SEGUITO LE OPZIONI AGGIUNTIVE FACOLTATIVE

PIANO INTEGRATIVO 1 - RICOVERI

€ 255	€ 310	€ 390-405	€ 480	€ 640-930
-------	-------	-----------	-------	-----------

PIANO INTEGRATIVO 2 - SPECIALISTICA

€ 280	€ 320-330	€ 530-545	€ 595	€ 740-865
-------	-----------	-----------	-------	-----------

PIANO INTEGRATIVO 3 - SPECIALISTICA PLUS!

€ 235	€ 495	€ 360	€ 415	€ 515-590
-------	-------	-------	-------	-----------

PIANO INTEGRATIVO 4 - ODONTOIATRIA

€ 160	€ 250	€ 330	€ 335	€ 420-610
-------	-------	-------	-------	-----------



Il piano base copre gli iscritti dai rischi che derivano da gravi eventi morbosi e include i rimborsi per i grandi interventi chirurgici, anche per i neonati nei primi due anni di vita nel caso di correzione di malformazioni congenite.

Ci sono poi le prestazioni di alta diagnostica e l'assistenza alla maternità con ecografie, compresa la morfologica, le visite ostetrico ginecologiche e la visita successiva al parto. Per chi ha più di 34 anni sono inoltre incluse l'amniocentesi e la villocentesi.

Già dallo scorso anno, nel piano base sono state inserite le coperture per l'amniocentesi e le iniezioni intravitreali negli interventi ambulatoriali e la Long term care (Ltc) in caso di infortunio professionale (con l'erogazione una tantum di 50mila euro).

È stato mantenuto anche il passaggio automatico delle coperture di prestazioni in caso di variazioni all'interno dei Raggruppamenti omogenei di diagnosi (Drg) e l'aumento del massimale per parto gemellare da 42.500 a 46.500 euro.

A completare le garanzie c'è la prevenzione: cardiovascolare, oncologica, pediatrica (riservata a chi aderisce con il nucleo familiare), odontoiatrica e oculistica. Al piano base, si possono aggiungere uno o più piani integrativi, in base alle esigenze specifiche proprie e dei familiari.

I piani sanitari integrativi a disposizione degli iscritti sono:

- Ricoveri (es. copertura delle spese di ricovero o intervento chirurgico, vitto e pernottamento per un accompagnatore, ecc)
- Specialistica (es. alta diagnostica integrata, accertamenti e terapie, visite specialistiche, analisi di laboratorio, prestazioni fisioterapiche, ecc)
- Specialistica plus! (es. alta diagnostica integrata, pacchetto "Maternità plus!", prevenzione oncologica, ecc)
- Odontoiatria (es. igiene e prevenzione, interventi in caso di emergenza, cure di primo e secondo livello e protesi, ecc)

DETRAZIONE FISCALE

Il costo della copertura sanitaria, fino a circa 1.300 euro, si potrà detrarre dalle tasse al 19 per cento.

Il costo, infatti, grazie alla gestione attraverso una Società di mutuo soccorso, è assimilato ai contributi associativi che per legge possono essere sottratti alle imposte da pagare (articolo 15, lettera i-bis del Testo Unico delle Imposte sui Redditi).

PER ISCRIVERSI

Per rientrare sotto la copertura del piano base o di quelli integrativi di SaluteMia nel biennio 2020-2021 è possibile iscriversi sin da ora compilando il modulo di adesione che si trova sul sito www.salutemia.net in tutte le sue parti. Sarà poi necessario pagare la quota associativa e quella relativa ai piani scelti facendo un bonifico all'Iban IT 73 C 03127 03207 000000004000 (la parte finale dell'Iban è composta da otto zeri seguiti dalla cifra 4 e da altri tre zeri).

Nella causale occorre inserire il proprio nome, cognome, codice fiscale e la dicitura "Quota ass.va 2020 + contributi piani sanitari 2020 a SaluteMia s.m.s."

Per iscriversi www.salutemia.net

Il camper frutta 235 milioni di euro ai medici di famiglia

Dopo aver attraversato il nord Italia, a inizio ottobre era arrivato in Sardegna per il congresso Fimmg. E proprio in quell'occasione sul camper dedicato alla difesa della medicina generale era salito il ministro della salute Roberto Speranza, per dare un'occhiata alla strumentazione diagnostica che il sindacato propone per "ammodernare la borsa del medico".

Una visita che ha evidentemente convinto il ministro, tanto che nella Legge di bilancio attualmente all'esame del Parlamento è stata inserita una dotazione di 235 milioni di euro per contribuire a dotare gli studi dei medici di famiglia di elettrocardiografo, holter pressorio, holter cardiaco, spirometro, polisonnografo, retinografo, videoscopio e altra strumentazione. "Credo che questa possa essere una svolta epocale per la medicina generale italiana – dice Massimo Magi, coordinatore del progetto Studio Me-

dico 3.0 della Fimmg –. Non si può più pensare a un medico che fa le ricette, che misura la pressione e che ti dà la mano quando finisce la visita. È necessaria una crescita complessiva della medicina generale che altrimenti sarebbe votata a una progressiva marginalizzazione".

"Oggi lo studio del medico di famiglia è il luogo del primo incontro del cittadino con il servizio sanitario pubblico, ma può diventare anche il luogo di una prima risposta – dice Magi –. Una risposta che con questi strumenti può arrivare a coprire circa l'80 per cento delle patologie".

Se **Fimmg** non nasconde quindi soddisfazione per l'accoglimento della proposta da parte del Governo, il sindacato **Snami** parla di "Improvvisazione ad effetto della politica, ispirata da chi persevera negli anni nell'indurre presunte innovazioni che si sono

regolarmente rivelate dei flop", afferma il presidente Angelo Testa.

Decisamente freddo lo **Smi**, con la segretaria Pina Onotri che parla di uno stanziamento insufficiente ("Una miseria se si confrontano i costi delle apparecchiature sanitarie"). Secondo Onotri una maggiore efficienza si potrebbe raggiungere invece dando indennità maggiori ai medici, anche per pagare personale amministrativo e infermieristico. La cifra ipotizzata dal Governo appare invece verosimile per la Fimmg, che ipotizza un costo di 10/12 mila euro per la dotazione tecnologica.

Circa 100 milioni di euro potrebbero venire divisi per le 7/8 mila aggregazioni esistenti in Italia (medicines di gruppo, cooperative di medici di famiglia), con la restante parte dei 235 milioni che andrebbe ai medici che esercitano in forma individuale.

