

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

- L'Ordine incontra i Medici Neo abilitati
Verona, 2 Aprile 2019 pag. 10**
- Il Dolore Sconosciuto pag. 15**
- Antropologia del Dolore pag. 17**
- La relazione Medico-Paziente,
fondamento etico della cura pag. 27**

VERONA MEDICA

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

Anno LIV n. 2 GIUGNO 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
La Val d'Astico vista dal Forte di Campolongo

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 *Prima le persone!*

NOTIZIE DALL'ORDINE

5 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

10 *L'Ordine incontra i Medici Neo abilitati Verona, 2 Aprile 2019*

ALBO ODONTOIATRI

13 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

AGGIORNAMENTO

15 *Il Dolore Sconosciuto*

17 *Antropologia del Dolore*

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

27 *La relazione Medico-Paziente, fondamento etico della cura*

PROFESSIONE E LEGGE

32 *Ricetta non ripetibile - firma digitale*

32 *Natura della scheda sanitaria individuale del MMG*

34 *Prestazioni professionali relative a sostituzione tra Collegi. Serve la fattura elettronica*

35 *Preparazioni magistrali a scopo dimagrante. Condannato per omicidio colposo un medico*

36 *L'attività del Garante della Privacy: sintesi della Relazione al Parlamento*

ATTUALITÀ

38 *De artificiale intelligentia*

40 *Amministrazione Difensiva*

42 *Sanità digitale. Italia fanalino di coda in Ue per spesa pro-capite. Al massimo usiamo mail e sms*

FNOMCeO

45 *“Offre l'Italia”: al via la campagna Fnomceo sulla fuga dei medici all'estero e la carenza di specialisti*

46 *Anelli, Fnomceo: ‘Spot che invitano al contenzioso sanitario danno per SSN, sottraggono risorse alle cure: la Politica intervenga subito’*

47 *‘Nascere in sicurezza’: il nuovo corso di formazione a distanza della Fnomceo*

48 *“Rapporto medico-paziente da rivedere? Sì. La politica rispetti la scienza e l'autonomia della Professione”*

49 *Lartruvo (olaratumab): revoca dell'autorizzazione all'immissione in commercio*

49 *Domperidone: eliminazione dell'indicazione in pediatria*

50 *Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea*

51 *Impiego dei medici delle ASL in concorso con le strutture della protezione civile e scheda SVEI*

52 *Chinolonici e rischio di effetti indesiderati*

53 *Obbligo formativo ECM per medici e odontoiatri*

ENPAM

56 *Enpam. Bene il Bilancio Consuntivo 2018*

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.

Prima le persone!

Maria ha 86 anni.

Da quando era giovane è sempre stata una “giostraia”; una di quelle persone che vivono girando l'Italia, tra una sagra e l'altra, con una giostra. Era un giostraio il marito e lo è, ora, anche il figlio col quale vive, condividendo con lui e sua moglie, come abitazione, una roulotte.

La conosco da anni. Perché da anni, tra l'inizio di maggio e la metà di giugno, viene alle due sagre che ci sono in paese: quella di Casette e quella di Legnago.

E siccome si ferma più di un mese, quella è l'occasione di potersi rivolgere ad un medico. I suoi acciacchi sono tanti: Il diabete, la BPCO, l'osteoporosi, l'artrosi.

Di recente però, le è stato diagnosticata una neoplasia del polmone, inoperabile. Per di più ha un versamento pleurico che le procura la dispnea per sforzi anche modesti. Gli oncologi hanno detto che per lei ci sono solo le terapie palliative.

Due giorni fa, al suo posto è venuto il figlio che mi ha consegnato la lettera di dimissione in cui i colleghi dell'ospedale hanno emesso la sentenza.

E mi ha chiesto se potevo andare io a vederla. Così stamattina, sono andato a trovarla nella roulotte.



Quest'anno il tempo è stato inclemente. E siccome la roulotte in cui vivono è parcheggiata sull'erba vicino al campo sportivo, intorno era pieno di acqua piovana. Per entrare ho dovuto camminare sui bancali sistemati per evitarla. L'ho trovata dimagrita e sofferente. La visita mi ha confermato la presenza del versamento pleurico destro (massivo). Al momento non c'è dolore.

Ho parlato con lei per qualche tempo. Anche se il figlio e la nuora non hanno voluto che fosse informata pienamente del suo stato, credo che lei sappia già tutto.

Mi ha chiesto se la posso andare a vedere qualche volta, cosa alla quale ho promesso di tener fede.

Le ho chiesto se il “passaporto” è a posto e mi ha detto che provvederà a rinnovarlo nei prossimi giorni.

Per poterla assistere bene avrei bisogno degli infermieri dell'ADI. Servirebbe un po' di ossigeno e la possibilità di fare qualche prelievo. Ma Maria è residente in un'altra regione. E qui le cose si complicano. Mi hanno detto che deve rivolgersi alla sua ASL e alla sua Regione.

Oggi al telegiornale parlavano dei migranti, della Sea Watch, della campagna elettorale per le europee. Lo slogan più in voga è “Prima gli Italiani”. Ma Maria non è Italiana? Perché le cose devono sempre complicarsi così.

Pare proprio che il nostro SSN sia fatto di tante repubbliche; ognuna con i suoi bilanci e le sue regole. Altro che italiani. Qui lo slogan che dovrebbe andare di moda è “prima le persone!”.

ROBERTO MORA



Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE
DI CONSIGLIO
DEL 27 FEBBRAIO 2019**

Consiglieri presenti: *Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Pastori, Facincani, Peruzzini, Salvatore, Accordini, Cirillo, Boscagin, Bovolin, Elio, Mirandola, Orcalli, Bonetti*

Revisori dei Conti: *Bertaso*

Assenti giustificati: *Guglielmi, Musso, Carrara, Braga, Tomazzoli*

Partecipano alla riunione

del Consiglio: *la funzionaria Amministrativa Maffioli, il Revisore Legale Cerioni, l'Avvocato Gobbi*

Il Presidente introduce con un plauso di benvenuto il Prof De Leo che non partecipa alla seduta del Consiglio ma porta una saluto iniziale e un suo personale contributo di alto prestigio, dato il suo importante ruolo Istituzionale. Il Presidente ripercorre in via sintetica il curriculum professionale del Prof. De Leo e lo presenta al Consiglio Direttivo dell'Ordine, introducendo singolarmente ruolo e titoli di tutti i presenti: il Prof De Leo titolare della Cattedra di Medicina Legale dell'Università di Verona, ha cominciato la sua carriera come ospedaliero per poi diventare prima Prof. Associato e poi Prof. Ordinario, Direttore della Scuola di specializzazione di Medicina Legale e delle Assicurazioni e Direttore del dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica dell'Università degli studi di Verona, fa parte del senato accademico dal 2005 ed è stato recentemente eletto Presidente alla scuola

di Medicina ed eletto dal Ministro della Sanità nell'ambito del Consiglio Superiore di Sanità.

De Leo comunica che il Consiglio Superiore di Sanità è il massimo organismo tecnico di riferimento del Ministro della salute, esprime pareri consuntivi e alcune volte traccia linee di orientamento su specifiche norme o questioni di interesse sanitario Pubblico; questo organo tecnico di governo della sanità, istituzione fondata nel 1868 ha avuto al suo interno molti ministri che hanno ben utilizzato questo importante strumento Istituzionale con un'attività intensa e prolifica, altri ministri hanno sottostimato questa Istituzione relegandola a ruolo di rappresentanza consuntiva. Sappiamo che a dicembre in modo inatteso ed in parte incompreso, è stato azzerato questo organismo, non vi era stata presa di posizione se non con fermezza sulla questione vaccini e sulla dichiarazione anticipata di trattamento, vi era quindi la necessità da rinnovare i ranghi. Sono state fatte molte nomine di soggetti di profilo scientifico altissimo. Il Ministro ha pensato di rinnovarlo avendo un riferimento anche con un Presidente di Facoltà, oggi presidente della scuola di medicina, per avere un rapporto più stretto con il mondo accademico e, con l'appoggio del sottosegretario Coletto, fermamente deciso a vedere rappresentata adeguatamente Verona, si è verificata una "doppietta" con Paolo Pederzoli che rappresenta al meglio la sanità privata - sanità accreditata; "Il Presidente della scuola di medicina deve essere un riferimento per gli studenti. Siamo convinti della centralità del sistema universitario nella formazione alle competenze.

È importante che i giovani colleghi crescano sereni, senza timori di natura medico legale, e questo viene costantemente rappresentato nel corso del processo di formazione. L'altra questione è che sta cambiando il mondo della sanità, il modello regionale del futuro e le professioni sanitarie extra mediche: il Dott. Mantovan desidera implementare ed accrescere il ruolo degli infermieri per ottimizzare le risorse; oggi abbiamo

delle professionalità nell'ambito delle scienze infermieristiche e della riabilitazione. Ci sono ragazzi con diploma di maturità classica, diploma di maturità scientifica, alcuni con votazioni brillantissime, altri con diploma di istituto tecnico, ma tutti devono comprendere che ci deve essere la difesa della professionalità medica. Dove ci deve essere la sintesi dell'informazione e il momento strettamente diagnostico, qui deve esserci la barriera medica, per il resto dobbiamo prendere atto che queste risorse sono meglio utilizzate se altri fanno altre cose. Negli Stati Uniti gli infermieri ed il personale paramedico è ampiamente utilizzato nelle situazioni di Emergenza Urgenza, soccorso con ambulanza etc... È chiaro che esiste il rischio di pagare pegno sulla qualità dell'assistenza d'urgenza, quindi, determinate attività devono essere riservate ai medici.

Ritengo che In Regione la preoccupazione sulla scuola di medicina sia quella di impegnarsi molto per migliorare sempre la qualità dei nostri giovani. Il Ministero, ha imposto agli Atenei di aumentare del 20% il numero degli ammessi. Presso l'Università di Ferrara, il Ministero ha deciso di fare un progetto pilota, iscrivendo e immatricolando tutti coloro che vogliono fare medicina.

L'Ordine deve farsi sentire, si sta mettendo a rischio la classe medica.

Dalle scuole di specializzazione si vuole che esca un professionista che sia padrone della professione. Il Prof. De Leo chiede che chiunque abbia progetti, idee da portare a Roma al Ministero e nella sede del Consiglio Superiore di Sanità, si faccia avanti. Lui si propone come veicolo e portavoce di queste istanze. La Regione su pressione di De Leo e del collega di Padova ha previsto un piano di reclutamento su ruoli Universitari di medici ospedalieri abilitati: dove ci siano dei medici ospedalieri che abbiano l'abilitazione scientifica nazionale, là dove ci sia l'esigenza che quel settore in università sia potenziato relativamente alla docenza, la Regione pagherà con fidejussioni fino al pensionamento.

Il Presidente ringrazia a nome di tutti il Prof De Leo ed auspica che a questo incontro ne seguano altri anche con il Prof. Pederzoli, per aggiornarci su cosa stiamo reciprocamente facendo. Come consiglio ci siamo dati l'indirizzo di avere un mandato aperto alle istituzioni culturali della città, e chiaramente l'Università di Verona è la prima istituzione culturale di riferimento. Avere la vicinanza del Prof. De Leo è un grosso piacere, come ci farà piacere avere anche un contatto con i colleghi più giovani delle scuole di specialità

1) LETTURA ED APPROVAZIONE DEI DUE VERBALI PRECEDENTI:
Il Consiglio approva all'unanimità

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

la prima cosa di cui il Presidente parla sono i due incontri avuti come Federazione Regionale degli Ordini dei Medici. Il 14 gennaio siamo stati convocati a Padova per un incontro con il Dott. Mantoan che ha incontrato i presidenti e i rappresentanti dei vari Ordini ed ha fatto il punto sulla situazione della sanità veneta, dicendo che verranno chiusi alcuni ospedali per carenza di medici in quanto mancano sia gli specialisti, ed anche i medici di medicina generale.

Ha imputato questa situazione ad errori di programmazione, ha accennato sulla posizione presa dall'ordine di Bologna sulle professioni sanitarie, non si è sbilanciato sull'uscita delle schede ospedaliere, ha detto che saranno simili alle precedenti, non esclude accorpamento tra unità operative complesse e limitrofe, ha definito il numero di posti letto degli ospedali di comunità, dicendo che ogni ospedale deve avere il suo ospedale di comunità di riferimento. Un altro obiettivo sarà la rimodulazione dei reparti di lunga degenza a favore della riabilitazione, il tutto nell'ottica del programma di attuazione socio sanitario regionale in modo che venga favorito il passaggio dei pazienti dalle strutture riabilitative a domicilio. Dovranno aumentare i posti negli hospice, dovranno aumentare i servizi di cure palliative, si augura che gruppi di ADI (assistenza

domiciliare integrata), siano messi in condizione di lavorare per almeno 12 ore al giorno, verranno create nuove unità operative complesse di medicina palliativa.

Successivamente siamo stati convocati dal Presidente della FROMCeO Francesco Noce, e nel corso dell'incontro è stata stilata una bozza di protocollo d'intesa riguardante le Medicine Complementari; su questo argomento viene sollecitato il Dott. Pugliarello a farsi portavoce in Regione su questa annosa problematica non ancora definita.

È programmato un incontro dei Presidenti del Veneto con il Dott. Mantoan per il giorno 4 marzo in Regione Veneto.

Viene data la parola al vicepresidente in merito all'incontro in tribunale sulla stipula di un protocollo d'intesa relativo all'istituzione dell'albo dei CTU; il testo appena definito verrà inviato alle altre Regioni.

Il Presidente comunica che il 21 febbraio, il consiglio Nazionale FNOMCeO è stato dedicato al regionalismo differenziato. La discussione ha delineato posizioni diverse sull'argomento e in merito a ciò, Anelli ritiene che l'attuale proposta di legge di autonomia Regionale creerà Regioni di serie A e regioni di serie B.

Il Presidente informa il Consiglio che il giorno 6 marzo 2019 ci sarà la preselezione per n. 125 candidati al Bando di Concorso Pubblico ai fini della copertura di n. 2 posti a tempo pieno e indeterminato di area B posizione economica B1; il Consiglio decide dopo aver valutato la spesa di non avvalersi di un'agenzia esterna per la preselezione.

Giornata del medico. Il Presidente informa che nel 2017 abbiamo avuto una spesa di circa 17.000 euro, nell'anno 2018 intorno ai 12.500, questo anno si presume di rimanere sui 12.500 euro.

L'ordine dei farmacisti ha chiesto la sala riunione per un corso di omeopatia. Su tale argomento è stato

deciso di non concederla per tale iniziativa.

Il Presidente comunica che è stato inviato il calendario delle riunioni di consiglio per tutto l'anno 2019.

La proposta al consiglio è per le giornate di mercoledì; la maggioranza opta di fare consiglio nelle giornate di martedì.

Ricorda, che il 6 marzo ci sarà una 2ª convocazione dei sindacati.

Il Dott. Orcalli informa che la commissione è stata integrata con Dott. Pace Prof. Pizzolo, Dott. Moretto.

Ricorda il convegno del 28 /03 dal titolo "insufficienza respiratoria" e il convegno del 9 maggio sulla "responsabilità del medico alla luce della legge Gelli-Bianco" (Prof De Leo).

Il Dott. Orcalli riallacciandosi al discorso del Vicepresidente riferisce sull'incontro presso il Tribunale di Verona per la revisione degli albi dei Periti e Consulenti Tecnici in base al protocollo d'Intesa tra il Consiglio Superiore della Magistratura, consiglio Nazionale Forense e FNOMCeO.

ISTITUZIONE COMMISSIONE PUBBLICITÀ:

– **i commi 525-536** che fanno parte dell'ultima legge di bilancio, in particolare il divieto di messaggi di natura promozionale nelle informative sanitarie; legittimazione dell'attività disciplinare degli Ordini nei confronti dei Direttori Sanitari delle strutture che diffondono pubblicità non deontologicamente corrette, obbligo dei direttori sanitari di essere iscritti all'Ordine territoriale in cui esercitano il loro ruolo direzionale quindi dove si trova la struttura sanitaria; uno dei commi prevede il parere preventivo di pubblicità all'Ordine con il silenzio assenso entro 30 gg dalla richiesta.

La FNOMCeO chiede di RIPRISTINARE la COMMISSIONE PUBBLICITÀ da parte dell'Ordine per i medici chirurghi e una commissione per gli Odontoiatri, per valutare le richieste di parere che arrivano da parte degli iscritti.

Faranno parte della Commissione: Dott. Bovolin, Dott. Peruzzini, Dott. Facincani.

DELIBERE :

Discussione in merito a sanzioni per i ritardatari e /o morosi nel pagamento quote di iscrizioni

Circolare FNOMCeO 11/01/2018 - rioridino degli ordini

30 euro per i ritardatari di oltre 30 gg. Il consiglio è favorevole per la stesura di una delibera per la procedura di convocazione, dopo aver incaricato la commissione di ottimizzazione della spesa che si sta impegnando su questo ed altri ambiti.

Il Presidente rende noto, che il prossimo consiglio sarà il giorno 2 aprile, lo stesso giorno alle ore 18.00 ci sarà la riunione della Commissione Neo Abilitati. Interverranno: l'assicuratore e la commercialista D.ssa Manicardi.

RINNOVO CONTRATTO DIPENDENTI:

VALUTAZIONE DELLA POSSIBILITÀ DI PROROGA DEL CONTRATTO A TERMINE DELLA SIG.RA FICCA BARBARA IN SCADENZA il 28 Febbraio 2019. Vista e discussa la circolare FNOMCeO a firma del Presidente Dott. Anelli **“Rinnovo contratti a tempo determinato”** pervenuta in data 07/02/2019, in risposta a nostro specifico quesito sull'argomento in oggetto, considerato che si sono registrate numerosissime posizioni di morosità, rispetto al pagamento della quota di iscrizione all'Ordine, verificatesi nel corso del 2018, e moltissime si stanno registrando nel corso del 2019 (scaduti i termini di versamento il 31 Gennaio 2019, ad oggi, risultano mancanti versamenti per circa 200.000 euro), considerato che tale situazione sia da ascrivere al nuovo sistema di gestione dei pagamenti elettronici con il sistema pagoPA che ha messo in difficoltà molti nostri iscritti, considerato, che la Sig.ra FICCA Barbara era stata incaricata dal Comitato Direttivo di attivare un nuovo Servizio di Assistenza e Consulenza a favore dei Medici e degli Odontoiatri, sulle nuove modalità e procedure di pagamento e, ve-

rificato che tale servizio risulta molto utilizzato e richiesto proprio in questi mesi, sentito il parere di tutti, si decide di proporre al Consiglio dell'Ordine la proroga di mesi 3 fino al 31 Maggio 2019 non rinnovabile, affinché venga discussa e posta ai voti, il Consiglio approva.

RATIFICA CONTRATTO GIORNALISTA LAURA PERINA, con decorrenza 1 marzo 2019 e durata fino al 31/12/2019; il consiglio approva.

Delibera per l'utilizzo del logo FNOMCEO ad opera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Verona a titolo gratuito.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI approvate all'unanimità

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott. ADAMO Zeno
 Dott. ALDRIGHETTI Leonardo
 Dott.ssa ANDREOTTI Elena
 Dott. ANTONINO Tobia
 Dott. ARIETTI Valerio
 Dott. AVOGARO Filippo
 Dott.ssa BACIGA Federica
 Dott. BECCHERLE Federico Carlo
 Dott. BELLINI Nicolo'
 Dott. BENDICENTE Alessandro
 Dott. BENETTI Andrea
 Dott.ssa BOLCATO Chiara
 Dott. BORASIO Nicola
 Dott.ssa BOVI Chiara
 Dott.ssa BRUNELLI Anna
 Dott. BRUNELLI Francesco
 Dott.ssa BULIGHIN Francesca
 Dott. CALABRIA Lorenzo
 Dott.ssa CALANDRINO Lucrezia
 Dott.ssa CALTRAN Giulia
 Dott. CARIDHA Denis
 Dott.ssa CARLETTI Lorenza
 Dott. CATTAZZO Filippo
 Dott.ssa CATTABIANCHI Giulia
 Dott.ssa CERETTA Federica
 Dott. CHIAMENTI Dario
 Dott.ssa CIENO Silvia
 Dott.ssa DALLA VECCHIA Ilaria
 Dott. DALLE VEDOVE Paolo Maria
 Dott. DE GIROLAMO Marco
 Dott.ssa DELLA TORRE Fiammetta
 Dott. DELLA MORA Francesco
 Dott.ssa FABRIANO Eliana
 Dott.ssa FILIPPINI Chiara
 Dott.ssa FIORINI Angelica

Dott.ssa FRATTON Cristina
 Dott. GALVANI Sirio
 Dott.ssa GARONZI Chiara
 Dott. GASPARIANI Ludovico
 Dott. GECHELE Gabriele
 Dott.ssa GIACOMELLI Sara
 Dott.ssa GIGLIA Maddalena
 Dott.ssa GIUSTI Siriana
 Dott.ssa GRANUZZO Eleonora
 Dott.ssa GROSSO Silvia
 Dott.ssa GUARNERI Ilaria
 Dott.ssa KIPRIANIDIS Ioanna
 Dott.ssa LANZA Paola
 Dott. LE PERA Giuseppe Enrico
 Dott.ssa LOMBARDI Valentina
 Dott.ssa LOVATO Ester
 Dott. LUPAS George
 Dott. MAIMERI Nicolo'
 Dott. MANTELLI Giovanni
 Dott.ssa MANTOVANI Sofia
 Dott.ssa MARANGONI Francesca
 Dott. MARCHI Filippo
 Dott. MARCUZZO Enrico
 Dott. MAREGA Carlo
 Dott. MARINO Antonio
 Dott.ssa MENEGHELLO Veronica
 Dott. MIOSO Guido
 Dott. MIOTTI Tobia
 Dott.ssa MONCHELATO Manuela
 Dott.ssa MORELLO Alessia
 Dott. MORETTI Claudio
 Dott.ssa PADOVAN Chiara
 Dott. PAIO Fabio
 Dott. PARISI Marco
 Dott. PASTORELLO Edoardo
 Dott.ssa PERINI Elena
 Dott. PIANEZZOLA Marco
 Dott. PRETO Riccardo
 Dott. PREZIOSO Matteo
 Dott.ssa RAFFELLI Cecilia
 Dott. RAMA Jacopo
 Dott. RIGHETTI Giuseppe
 Dott.ssa RIGOTTI Flavia
 Dott.ssa RIZZI Alessandra
 Dott.ssa ROLLI Nicoletta
 Dott. ROSSI Lorenzo
 Dott.ssa RUSSO Anna
 Dott.ssa SALGARELLI Beatrice
 Dott.ssa SANI Elena
 Dott. SANNA Giangiacomo
 Dott.ssa SANTUZ Beatrice
 Dott.ssa SCARPIERI Elena
 Dott.ssa SEMBENINI Camilla
 Dott.ssa SORIOLO Augusta
 Dott. SPATARO Alberto
 Dott.ssa SPIAZZI Federica
 Dott.ssa SPIAZZI Laura
 Dott.ssa STEFANI Camilla
 Dott. TAMELLINI Edoardo
 Dott.ssa TOMELLERI Marta

Dott.ssa TREGNAGHI Elena
 Dott. TROTOLO Alessandro
 Dott.ssa TURCO Francesca
 Dott.ssa URBANI Silvia
 Dott. VIVIANI Filippo 1994
 Dott. VIVIANI Filippo 1993
 Dott.ssa ZANTEDESCHI Maddalena
 Dott.ssa ZANUSO Valentina
 Dott.ssa ZOCCA Claudia
 Dott. ZORZI Stefano
 Dott.ssa ZUCCOTTO Lucia

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa ASA'AD SHIRIN
 da Omceo Ferrara
 Dott.ssa BARRESI Valeria
 da Omceo Messina
 Dott.ssa BERGAMO Silvia
 da Omceo Bergamo
 Dott.ssa CERRATA Carla
 da Omceo Roma
 Dott. MIORI Lucio da Omceo Pavia
 Dott.ssa ZAMBELLO Laura
 da Omceo Vicenza

Reiscrizioni:

Dott. PENSABENE Luca
 Pietro Antonio

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa GRIMINELLI THEA
 Dott. PURPURA Sergio
 Dott. RONCOLATO Giorgio
 Dott. SOLINAS Joseph Maria

Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa DEPLANO Emanuela
 Prof. MOZZO Walter
 Dott. PECORARI Domenico

ODONTOIATRI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. DE ROSE Paolo da
 Omceo COSENZA
 Dott. DI BENEDETTO Maurizio
 da Omceo TRAPANI

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Cancellazioni su richiesta:

Dott. GIOELI Francesco

Dott.ssa LAUDANNA Eugenia

Cancellazioni per decesso:

Prof. MOZZO Walter

SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI

Iscrizioni:

Studio Dentistico Dott. Ciro Eccher
 e Dott.ssa Enrica Schiavo Snc-Stp

VARIE ED EVENTUALI

Il Vicepresidente comunica di aver di aver avuto un incontro con un rappresentante della Croce Rossa , che chiede di poter essere inserito in qualche convegno dell'Ordine.

Il consiglio approva l'iscrizione nell'apposito elenco dei Medici Psicoterapeuti:

Casagrande Patrizia,
 Porta Alberto,
 De Felice Mariangela,
 Papola Davide,
 Ostuzzi Giovanni,
 Gastaldoni Chiara.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 2 APRILE 2019

Consiglieri presenti: *Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Pastori, Facincani, Peruzzini, Salvatore, Accordini, Cirillo, Boscagin, Elio, Mirandola, Orcalli, Bonetti, Musso, Guglielmi, Carrara, Orcalli.*

Revisori dei Conti: *Bertaso, Braga.*

Assenti giustificati: *Elio, Bovolín, Tomezzoli.*

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

LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

Viene posto ai voti il verbale precedente: approvato all'unanimità.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Il Presidente informa di non aver avuto incontri in Federazione Regionale,

la prossima riunione è programmata la settimana prossima.

Comunica di aver partecipato a diversi congressi portando sempre il saluto dell'Ordine e di aver consegnato una targa ricordo al Dott. Boschiero nel corso del congresso di Nefrologia per i 50 anni dei trapianti renali.

Il Presidente informa brevemente sul contenuto delle nuove schede ospedaliere, riferendo che lo status descritto non è definitivo e ci si aspetta la possibile riclassificazione di Villafranca, con l'integrazione di posti letto, il passaggio definitivo in 5ª Commissione deve ancora avvenire quindi le schede sono passibili di modifiche.

È in corso una proposta da parte di una forza politica nazionale per modificare le disposizioni vaccinali; ieri durante un' intervista il Presidente ha confermato la linea OMCeOVR e FNOMCeO ribadendo che la posizione è ferma e univoca.

Il Presidente riferisce che nella giornata odierna si è riunito il Comitato di bioetica che sotto la presidenza del Dott. Giovanni Bonadonna ha accettato la candidatura a componenti del Comitato stesso di 6 nuovi colleghi: la Prof. Federica Bortolotti professore associato in medicina legale , il Prof. Leonardo Gottin Prof. associato di anestesia e rianimazione, il Prof. Marco Zaffanello associato clinica pediatrica , la D.ssa Alessandra Zivelonghi aiuto in clinica geriatrica, Prof.Orazio Codella ex patologia medica, Dott Guglielmo Frapporti Medico di Medicina Generale.

Il Presidente riferisce che in data 6 marzo si è svolto un incontro con tutte le organizzazioni sindacali e una buona rappresentanza del Consiglio, è in corso di realizzazione una sintesi degli argomenti trattati che uscirà a breve come comunicato stampa, il ns. addetto stampa si presterà a dare supporto all' iniziativa dei medici specializzandi, i quali avrebbero organizzato uno sciopero per il 10 aprile, hanno avuto un in-

contro con il presidente della scuola di medicina, ed è programmato un incontro per il giorno 5 aprile.

Le procedure concorsuali per il personale di segreteria sono giunte al termine e il giorno 10 maggio si sosterranno le prove orali. Verrà stilata una graduatoria, e successivamente ci saranno le assunzioni previa delibera del Consiglio.

Il Presidente passa la parola al revisore Legale Paolo Cerioni per le delibere amministrative.

DELIBERE AMMINISTRATIVE:

il revisore legale Cerioni elenca le spese pregnanti dei mesi di dicembre 2018 – gennaio 2019 il Consiglio approva.

Il Presidente riassume i temi trattati nell'incontro avuto in sala Fazzini con i neo abilitati -presenti circa 80 persone- i colleghi si sono dimostrati partecipi a e, alla fine, soddisfatti abbiamo dato appuntamento al 9 novembre per la Giornata del Medico.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott.ssa BIGHELLI Giulia
Dott. GUGLIELMINI Matteo
Dott.ssa MOLINA NAVARRO Ana Belen
Dott. SURGUCCI Simion
Dott. TAHA Majd
Dott. TRIANTIS Petros

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa LOCANTORE Luisa
da Omceo PISA
Dott. MUSUMECI Angelo
da Omceo CATANIA

Reiscrizioni:

Dott. MARTINI Fabio Emilio

Cancellazioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa CALISTRU Angela
Vs Omceo BOLOGNA
Dott. CASTELLANI Carlo
Vs Omceo GENOVA
Dott. FUSARO Michele
Vs Omceo TREVISO

Cancellazioni su richiesta:

Cancellazioni per morosità e irreperibilità:

Dott. BRUNELLI Massimo
Dott. DAL SANTO Silvano
Dott.ssa ELMOUSLY Sherine
Mohamed Mohamed Kamel
Dott. KANANI Faheem
Dott. SEBASTIANO Raffaele
Dott. TAMBOU Serge Guy
Dott. ZICCARDI Antonio

Cancellazioni per decesso:

Dott. ASIELEH MOH'D HATEM
Dott.ssa FORMENTI Flavia
Dott. PASSILONGO Arnaldo

ODONTOIATRI

Iscrizioni Neo-Abilitati:

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa MENTA Franca
da Omceo BRESCIA

Cancellazioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. DE MARCHI PAOLO
Vs Omceo VICENZA
Dott. FERAZZANI Marco
Vs Omceo MANTOVA

Cancellazioni su richiesta:

Cancellazioni per morosità e irreperibilità:

Dott. DAL SANTO Silvano
Dott. NIELSEN Steen Schmidt
Dott. SEBASTIANO Raffaele
Dott. ZICCARDI Antonio

VARIE ED EVENTUALI

Il Presidente riferisce dell' incontro presso il Tribunale di Verona con il Dott. Orcalli, presente anche il Presidente dell' Ordine degli Avvocati, il Presidente del Tribunale, per firmare la documentazione relativa alla situazione periti tecnici e CTU, il protocollo, non è stato sottoscritto in quanto mancavano le norme transitorie che prevedono tutta una serie di clausole; interviene il Dott. Orcalli il quale comunica, che nel documento nazionale per l'iscrizione all'Albo CTU, vi è un intero capitolo sulle norme transitorie, specifica che non è più demandato alla commissione il

compito di elaborare il progetto di modifica degli albi, ma saranno i comitati provinciali, che dovranno verificare l'adeguatezza delle domande, per cui i periti già iscritti all'albo dei CTU e chi intende iscriversi, devono ripresentare le domande, allegando un curriculum, essere in regola con i crediti ECM; l'Ordine deve vigilare e periodicamente verificare la veridicità ed il mantenimento dei requisiti, ovvero il venir meno dei requisiti degli iscritti all'albo dei periti. Ulteriore adempimento è quello di comunicare al Tribunale il rappresentante da parte dell'albo dei Medici Chirurghi, e un rappresentante da parte dell'albo Odontoiatri. Ogni 6 mesi la commissione dovrà riunirsi per controllare i requisiti delle domande.

Il Vicepresidente comunica al consiglio che è deceduto il dott. Arnaldo Passilongo, un collega che lo scorso anno è stato premiato per i 50 anni di laurea. La figlia ci ha comunicato che sulla lapide hanno scritto un'epitaffio brevissimo ma molto significativo " Medico per sempre".

Prende la parola il Dott. Accordini, il quale rende noto che, insieme al Dott. Marchioretto e alla D.ssa Pastori, ha ricevuto dal Presidente e dal Consiglio l'incarico di proporre un regolamento sia per le cancellazioni degli iscritti ripetutamente morosi sia per le sanzioni economiche da applicare a chi paga la quota in ritardo; La bozza di regolamento è stata posta alla valutazione del Consiglio, il quale propone suggerimenti e modifiche da riportare prossimamente.

RELAZIONI ISTRUTTORIE

n. 8 cancellazioni per morosità e irreperibilità

n. 2 archiviazioni.

n. 1 discussione, con convocazione art. 39 da portare al prossimo consiglio.



L'Ordine incontra i Medici Neo abilitati Verona, 2 Aprile 2019

Il benvenuto del Presidente dell'Ordine, dott. Carlo Ruggiu

Care Colleghe e cari Colleghi, Vi dò il benvenuto nella sala riunioni del nostro Ordine.

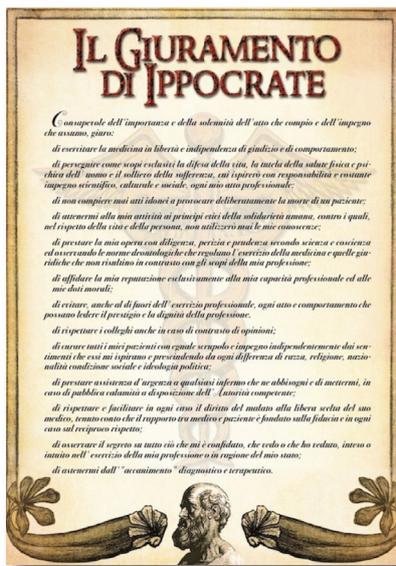
Oggi vorrei fare con Voi una chiacchierata, prima ancora che sull'Ordine, su come si presenta la nostra professione al giorno d'oggi.

Il ruolo del Medico è molto cambiato, come è molto cambiata la Società, specie negli ultimi 20 anni, e questi cambiamenti sono stati, sotto certi aspetti, importanti e rapidi. Siamo passati da un Medico che aveva un notevole riconoscimento e ruolo sociale a un professionista che deve fare i conti con una controparte sempre più acculturata e "agguerrita".

La professione medica non è più da tempo scienza e arte medica, e anche la nostra professione deve mettersi al passo coi tempi...non è più sufficiente comportarsi secondo scienza e coscienza...

Abbiamo studiato all'Università le malattie, le varie patologie - "Mediche", "Chirurgiche"- ma poi, in ambulatorio, abbiamo a che fare con una *Persona*.

Una persona "nuda" di fronte al medico, sola con la sua malattia di fronte ad un medico in divisa - bianca, verde, azzurra...non ha importanza - e sta a noi annullare la distanza fra noi e il paziente (portate pazienza non riesco ancora a chiamarlo cliente o cittadino, per me resta ancora il Paziente, con la P maiuscola), sta a Voi far sentire il Paziente a suo agio quando è di fronte a Voi anche se voi siete in camicia e lui è in pigiama...



Tenete poi sempre presente, ora per voi che siete giovani è difficile immaginarlo, ma passare dall'altra parte, dal camicia al pigiama, in altri termini ritrovarsi paziente può accadere a seguito di un'ecografia, di una lastra del torace (e così via), quello che voglio sottolineare è che dobbiamo ricordarci sempre, nella pratica di tutti i giorni, che domani (o un domani...) potremmo ritrovarci noi stessi in pigiama e, quindi, cerchiamo sempre di comportarci e di rapportarci con i pazienti come vorremmo essere trattati noi stessi.

Negli ultimi decenni i medici sono diventati dirigenti, hanno dovuto familiarizzare con concetti quali budget, risk management, gestione delle risorse umane, razionalizzazione delle spese e allocazione delle risorse, appropriatezza della spesa e degli interventi di cura... è non è stato facile per molti di noi capire che al ruolo del Medico classico, si stava affiancando anche un medico attento alla gestione della Sanità, perché ad un certo punto ci siamo accorti che le risorse non erano infinite, che

dovevamo fare i conti anche con "il salvadanaio", perché le richieste di una popolazione sempre più anziana e con maggiori comorbidità sono sempre maggiori, e, invece, purtroppo, i finanziamenti per il S.S.N. si sono ridotti nel corso del tempo.

I pazienti sono sempre più informati, attenti ai cambiamenti, viaggiatori frenetici della Rete: e il medico si deve trovare preparato a interagire positivamente con un Paziente che quando entra in ambulatorio ha già consultato il dott. Google, con tutte le conseguenze - positive e negative, ma penso che queste ultime prevalgano sulle prime - ed essere in grado di dedicargli tutto il tempo necessario per rispondere ai suoi dubbi, ai suoi quesiti, che sono più numerosi che in passato. Inoltre, i medici si devono confrontare ogni giorno con questioni di eccezionale rilevanza, fra le quali, in ordine sparso, le mille problematiche della responsabilità professionale, gli aspetti deontologicamente delicatissimi del fine vita - le DAT - il rapporto talvolta "difficile" con gli organi di stampa, o con altri Ordini professionali, un numero di contenziosi medico-legali in costante crescita...

A tutto questo, si aggiunge un tristissimo fenomeno, purtroppo di gravità e importanza crescente, costituito da episodi di violenza che vedono come vittime medici (soprattutto dottoresse, ma anche medici) in servizio presso sedi di Pronto Soccorso o di Continuità Assistenziale..., ma non solo, perché sono fenomeni che negli ultimi tempi hanno colpito vari Specialisti... Il Medico moderno deve stringere un'alleanza terapeutica nell'ambito di una relazione di cura che coinvolga tutti gli attori in causa.

Oggi abbiamo bisogno di un Medico "moderno", ma che recuperi alcune peculiarità della professione medica che troviamo già nel giuramento di Ippocrate. Un Medico che recuperi la centralità del rapporto Medico-Paziente, "che fermi il tempo", che lo ascolti parlare, esporre i suoi dubbi, le sue paure, senza per questo trascurare una diagnostica di laboratorio e strumentale sempre più approfondita e raffinata. Risale al IV secolo avanti Cristo il giuramento di Ippocrate che pronuncerete a Novembre in occasione della giornata del Medico, ma fin da ora Vi voglio dire che questo testo è ancora attuale e mantiene tutta la sua validità nonostante i numerosi secoli che ha "alle spalle".

Ed ora vorrei cercare di spiegarvi che il ruolo dell'Ordine. L'esercizio della professione di medico chirurgo e odontoiatra, proprio per la rilevanza sociale e per la specificità delle competenze richieste, è sottoposto a due condizioni: l'abilitazione dello Stato e l'iscrizione ad uno specifico Albo.

L'Ordine professionale è stato riconosciuto con una legge dello Stato per garantire sia il corretto esercizio della professione da parte dei soggetti in possesso dei requisiti voluti dalla legge, sia il controllo della *correttezza* del comportamento degli stessi nei confronti dei cittadini e dei colleghi.

L'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri (OMCeO) è un Organo accessorio dello Stato, un Ente di Diritto Pubblico, dotato di una propria autonomia gestionale e decisionale, posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute e coordinato nelle sue attività istituzionali dalla Federazione Nazionale degli OMCeO (FNOMCeO). Gli Ordini dei Medici furono originariamente istituiti dal governo Giolitti nel 1910, vennero soppressi dal Fascismo e sostituiti con il Sindacato Fascista dei Medici.

Nel 1946 l'Assemblea Costituente li ripristinò. L'attuale denominazione nacque nel 1985, quando, recependo le direttive Europee in merito

alla istituzione del corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, fu istituita la professione di Odontoiatra, e creato un albo degli Odontoiatri.

Nella pratica, si è realizzato un sistema di convivenza fra due Albi Professionali: quello dei Medici Chirurghi e quello degli Odontoiatri, con un unico Presidente dell'Ordine e con un Presidente della Commissione Albo Odontoiatri (CAO).

La "gestione" dell'ordine è affidata ad un Consiglio che ha un mandato triennale e che viene eletto dai 6200 aventi diritto al voto, Medici e Odontoiatri. Nella realtà, il numero dei votanti è molto più basso, e questo problema della affluenza alle urne è un problema che mi auguro piano piano cercheremo di risolvere, nel senso che mi auguro che, in futuro, soprattutto grazie ad una maggiore affluenza al voto di Voi giovani Colleghe e Colleghi, la percentuale di votanti aumenti.

Ogni tre anni si svolgono le votazioni, e i circa 6200 iscritti di Verona, Medici e Odontoiatri, eleggono il Consiglio, costituito dai Medici eletti e da due Odontoiatri. In occasione della prima convocazione, pochi giorni dopo l'apertura delle urne, il Consiglio elegge fra i suoi componenti: il Presidente, il Vicepresidente, il Segretario e il Tesoriere. Per il triennio 2018-2020 i Consiglieri eletti dagli Iscritti hanno eletto il Presidente - dott. Carlo Rugiu- il Vicepresidente - dott. Lucio Cordioli -, il Segretario - dott. Fabio Marchioretto - e il Tesoriere - dott.ssa Caterina Pastori.

I compiti del Consiglio sono: compilare e aggiornare l'Albo; vigilare sulla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine; designare i propri rappresentanti presso Commissioni, Enti e Organizzazioni di carattere Regionale e Provinciale; promuovere e favorire l'aggiornamento culturale degli iscritti.

IL CODICE DEONTOLOGICO

L'esercizio della professione di medico chirurgo e odontoiatra, proprio per la elevata rilevanza sociale, è assoggettata oltretutto alle leggi del-



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

lo Stato, ad un insieme di regole di comportamento capaci di rispondere ad ogni esigenza etica, sociale, e giuridica: esse costituiscono il "Codice di Deontologia Medica", corpus di regole di autodisciplina vincolanti per gli iscritti all'Ordine, i quali devono adeguare, *SEMPRE*, la loro condotta professionale a queste norme.

Il potere disciplinare dell'Ordine In caso di abusi o mancanze nell'esercizio della Professione, di atti disdicevoli al decoro professionale, su segnalazione di Colleghi, di Cittadini, su richiesta del Prefetto o del Procuratore, il Consiglio Direttivo decide se sia il caso di aprire un procedimento disciplinare nei confronti dell'iscritto/a. Una volta sentito l'iscritto, la Commissione Disciplinare del Consiglio, qualora riscontri un comportamento sanzionabile, irroga una sanzione disciplinare di varia gravità: avvertimento, censura, sospensione dall'esercizio professionale, radiazione dall'Albo.

Siamo ai titoli di coda della mia chiacchierata. Che cosa mi aspetto dal futuro? Per quale Ordine stiamo lavorando?

L'Ordine del futuro dovrà "allargarsi" e presentarsi come artefice di un miglioramento globale del bene salute: essere più critico su norme che non condivide, essere di stimolo alla soluzione degli importanti problemi che affliggono la nostra società, essere promotore della programmazione sanitaria a livello Regionale.

L'OMCeO dovrà in futuro rivendicare per sé un ruolo di interlocutore privilegiato delle Istituzioni, collaborando a trovare soluzioni alle emergen-



La Presidente della Commissione Odontoiatri
Elena Boscagin

ze sanitarie più importanti nel nostro Paese: la povertà, l'immigrazione, la disabilità, la povertà sanitaria. In definitiva, l'OMCeO dovrà diventare uno dei protagonisti della Società Civile, a fianco dei Medici e nell'interesse di tutta la Cittadinanza.

Prima di salutarvi, due parole sul personale di Segreteria: per fare fronte ad una popolazione di oltre 6200 medici (praticamente un Comune di medie dimensioni) quando entrate nei nostri uffici troverete il signor Paolo Cerioni, revisore le-

gale, decano della segreteria, e le signore Rosanna e Virna, affiancate più recentemente da Alessandra, Barbara ed Elisabetta. Nel corso degli anni gli impegni sono aumentati, le incombenze burocratiche si sono moltiplicate, ma il Personale vi accoglierà sempre con un sorriso e cercherà di venire incontro alle vostre richieste. Sono, siamo, tutti profondamente grati e riconoscenti a tutto il personale per la attività che svolge quotidianamente con dedizione e passione.

Passo ora la parola alla dott.ssa Elena Boscagin, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, che vi darà il benvenuto a nome della componente Odontoiatrica dell'Ordine. Buonasera Colleghe e Colleghi, sono il Presidente CAO, Elena Boscagin.

La CAO è composta da altri quattro colleghi, il dr. Bovolin, il dr. Zattoni, il dr. Pace e il dr. Luciano e rappresenta l'organo di governo della professione odontoiatrica di Verona.

Mi spiace vedere che gli odontoiatri presenti in sala sono pochi (solo 4!). Durante le lezioni di etica tenutesi durante il vostro corso di laurea abbiamo sottolineato che la professione non è fatta solo di sapere scientifico, ma anche di regole di comportamento che portino onore alla categoria.

Noi, la CAO, siamo qui proprio per questo, per vigilare, ma soprattutto aiutare tutti gli iscritti all'Albo ad essere eticamente ineccepibili nei confronti del cittadino, soprattutto, ma anche tra un collega e l'altro e nei rapporti con le istituzioni.

Per cui cari giovani, senza timori e con spirito di collegialità, Vi invito anch'io a vivere l'Ordine come il "vostro Ordine", di cui fate parte. Siamo reperibili presso l'Ordine tutti i mercoledì pomeriggio, prendete appuntamento con la signora Virna, la nostra segreteria, e senza dubbio ne avrete degli utili nella vostra vita professionale.



ASSOCIAZIONE
MEDICI
TENNISTI
ITALIANI



tennismedici

ASSOCIAZIONE MEDICI TENNISTI ITALIANI

47° CAMPIONATI ITALIANI TENNIS MEDICI

Si svolgeranno dal 23 al 30 GIUGNO 2019 presso il circolo tennistico dell'hotel Le Balze di Tremosine in provincia di Brescia. È una location immersa nel verde del Parco Naturale Alto Garda.

Per tale evento sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco (con gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione). È inoltre occasione per una settimana di relax con la famiglia e accompagnatori nella splendida cornice del lago di Garda.

Per l'iscrizione e la prenotazione alberghiera consultare il nostro sito web www.ami.it

PAOLO FRUGONI

Segretario Nazionale AMTI - mail: paolo.frugoni1@gmail.com - www.ami.it

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 20 FEBBRAIO 2019

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

1. Il Dott. Bovolin, leggendo documenti agli atti, informa i presenti che il Presidente CAO di Cuneo Dott. Giampaolo Damilano sostiene, rivolgendosi al Presidente Nazionale Iandolo, della polemica apertasi nei confronti di PRE-VIMEDICAL, accusata di ingerenze cliniche in campo di rimborsi assicurativi. Non essendo ovviamente titolata ad esprimere pareri terapeutici come ha fatto, sta compiendo il reato di esercizio abusivo di una professione.
2. Il Presidente presenta la locandina del convegno che si terrà il giorno 2 marzo a cura della CAO di Verona che vedrà come relatori il Dott. Iandolo e il Dott. Cairoli.
3. Il Presidente informa i presenti sugli aggiornamenti relativi all'accesso agli atti che il Dott. XX ha presentato per conoscere l'esito del procedimento disciplinare che questa CAO ha svolto nei confronti della Dott.ssa YY. Ne viene ripercorso il caso e viene letta la lettera di diniego che sarà inviata al Dott. X.
4. Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto una lettera/denuncia da parte del Dott. W, il quale segnala una struttura

chiamata "SG", inviando foto ove non compare alcun nominativo del Direttore Sanitario, né di altri professionisti operanti. Da una ricerca condotta presso il comune di Verona è emerso che, in capo alla struttura, non esiste alcuna autorizzazione all'esercizio. Viene deliberato di inviare la segnalazione agli organi competenti (NAS, Procura della Repubblica, Guardia di Finanza) e per conoscenza anche al Sanitario attore dell'esposto.

5. Il Presidente informa i presenti di aver incontrato il Sindaco del Comune di Verona. Nel corso del colloquio il Sindaco è stato informato della situazione relativa alla struttura "IS" e verrà inviata alla sua attenzione tutta la documentazione.
6. Il Presidente illustra la Circolare FNOMCeO n. 9 avente come oggetto: "Legge 30 dicembre 2018 n. 145 – comunicazioni informative sanitarie", che prevede, al comma 536 articolo 1, che gli Ordini professionali, in caso di violazione delle informazioni sanitarie, procedano in via disciplinare nei confronti dei professionisti o delle società, segnalando tali violazioni all'AGCOM (Autorità per le garanzie nelle comunicazioni).
7. Il Presidente informa di aver ricevuto una lettera proveniente dal Presidente CAO di Cosenza, Dott. Guarnieri, ed indirizzata al Dott. Iandolo, all'ANDI nazionale e a tutti i presidenti riguardante l'argomento pubblicità sanitaria su "gratuità della visita". Nel documento viene ribadito il concetto di illiceità della pubblicizzazione delle prestazioni gratuite in ogni caso in cui sia ipotizzabile il consueto accaparramento illecito di clientela. La Cao approva.

8. Il Presidente informa che il Dott. H ha inviato all'ordine una richiesta di parere per pubblicità sanitaria. La CAO autorizza con alcune modifiche: togliere lo "sconto del 20 %" in assenza di ogni termine di paragone e la dicitura "visita e igiene orale a soli... ", sia perché la dizione non riveste caratteri informativi ma chiaramente propagandistici sia perché tale dizione è scorretta in quanto la visita deve ovviamente essere propedeutica alla cura e ipotizzare una seduta di igiene ante-visita è irrazionale. La pubblicità sugli scontrini, poi, potrà ancora essere effettuata a patto che gli spazi pubblicitari siano posizionati accanto ad altre pubblicità di ambito sanitario.

PROCEDIMENTI DISCIPLINARI:

Vengono prese alcune decisioni riguardanti procedimenti disciplinari in fieri e di uno di questi viene anche stabilita la data di celebrazione.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 13 MARZO 2019

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

1. Il Presidente da lettura di una segnalazione pervenuta da parte di un privato cittadino il quale

segnala alcune pubblicità non conformi. Le strutture in questione sono 6, sia in ambito cittadino che provinciale. Avendo riscontrato alcune possibili violazioni, viene deliberato di invitare a colloquio i direttori sanitari delle strutture segnalate.

2. Dott. XX: si ripercorre il caso relativo ad una richiesta di accesso agli atti da parte dell'esponente che aveva inviato segnalazione nei confronti del Dott.X e per il quale questa CAO aveva deliberato il non luogo a procedere. Il Dott. X, avvisato della richiesta dell'esponente, non ha fatto opposizione. Viene aperto ampio di battito sul concedere o meno l'accesso agli atti. Questa Cao delibera di non concedere l'accesso agli atti in quanto nella richiesta non sussistono motivazioni che concretizzino interessi diretti e attuali all'acquisizione degli atti.
3. Il Presidente presenta la proposta di integrazione all'art. 54 del Codice di Deontologia Medica che riguarda "L'esercizio della libera professione. Onorari e tutela della responsabilità civile".
4. Caso Dott. Y – viene ripercorso il caso relativo al Sanitario, riguardante pubblicità sanitaria su scontrini di supermercato e pubbliche affissioni. In risposta ad un parere a lui rilasciato in merito ad un suo quesito il sanitario riferisce via mail di aver provveduto a chiedere alle agenzie preposte le modifiche sul tabellone e sugli scontrini.
5. Il Presidente da lettura di due segnalazione e firma di due privati cittadini che lamentano le cure avute presso le cliniche IS. Viene deliberato di inviare le segnalazioni la Comune di Verona (uffici competenti), al nucleo NAS, in Procura della Repubblica e alla Dott.ssa Coffele, competente il rilascio delle autorizzazioni.

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

1 - Viene esaminato un caso riguardante pubblicità scorretta eseguito da una struttura odontoiatrica di proprietà di odontotecnici

VARIE ED EVENTUALI:

1 - Il Dott. Zattoni relaziona i presenti sull'incontro per l'albo dei CTU tenutosi in Tribunale e sugli ipotizzati prossimi sviluppi della cosa. Data l'importanza dell'argomento il dott. Zattoni parteciperà attivamente anche ai prossimi incontri.

*Dott. Francesco Bovolin
Dott.ssa Elena Boscagin*

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 10 APRILE 2019

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

1. Il Presidente riferisce ai presenti della circolare n. 45 FNOMCeO che riguarda le società tra professionisti. La circolare contiene informazioni utili, quali il pagamento della quota annuale di iscrizione all'Ordine competente.
2. Il Presidente consegna ai presenti una serie di documenti riguardanti le ultime novità legislative inerenti la pubblicità dell'informazione sanitaria. Tra di esse la bozza di linee guida proposte dalla commissione nazionale pubblicità di cui essa stessa fa parte. Il Presidente ne raccomanda una attenta lettura per ogni possibile futura necessità.
3. Il Presidente informa di aver ricevuto una risposta da parte del comune di Ronco all'Adige riguardante la ben nota vicenda dello studio Dentistico "%&". Dalla lettura del carteggio si sono evidenziate alcuni riferimenti normativi non corretti nei meriti di un procedimento disciplinare in atto. Poiché appare non accettabile

che l'Ufficio Legale di un Comune della provincia abbia a regolare il suo comportamento su termini di legge non corretti, viene deliberato di incaricare il legale dell'Ordine per predisporre una risposta da inviarsi al Comune.

4. Il Presidente riferisce che è pervenuta una comunicazione a firma Presidente ENPAM Dott. Oliveti, riguardante l'erogazione di un contributo rivolto in modo specifico per gli eventi rivolti agli odontoiatri. La CAO esprime plauso per l'iniziativa.
5. Prende la parola il Dott. Bovolin che espone ai presenti la proposta fatta dal Dott. Carlini (vedi mail allegate) in merito a cure odontoiatriche domiciliari, per pazienti impossibilitati al trasporto in luoghi attrezzati, che possano essere eseguite a domicilio con riduzione delle spese e dei disagi. La proposta del dott. Carlini esiterebbe, nel tempo, nell'istituzione di una eventuale formazione universitaria specifica per formare colleghi aventi la necessaria competenza e cautela. Questa CAO esprime plauso all'iniziativa per gli aspetti etici e morali.

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono presi in esame 6 casi, 5 dei quali pertinenti problematiche relative alla pubblicità sanitaria e uno soltanto a situazioni diverse. 4 di essi si concludono con il non luogo a procedere, 1 meriterà ulteriori approfondimenti e 1 sarà ridiscusso dopo il colloquio con il direttore sanitario.

PROCEDIMENTI DISCIPLINARI:

Vengono quindi discussi i casi di due procedimenti disciplinari, uno dei quali conclusosi con una "censura", un altro con la "sospensione dalla professione" per alcuni mesi del sanitario coinvolto.



Il Dolore Sconosciuto

Dott. Roberto Dall'Ara

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

INTRODUZIONE/PREFAZIONE

Nei miei lunghi anni di professione medica trascorsi accanto al dolore altrui, nel tentativo di darne sollievo, ho maturato la convinzione che le problematiche legate al dolore siano grandemente sottostimate (se non addirittura trascurate) ed il dolore stesso sia certamente sotto-trattato e, quando trattato, molto spesso non in maniera corretta.

Se, poi, si considera che il 75% dei pazienti (3 pazienti su 4) ricorre ad una visita medica perché ha una sintomatologia dolorosa, immediatamente si comprende quanto siano enormi le dimensioni del problema. Quanti (troppi!) pazienti arrivano in Ambulatorio delusi, sfiduciati, frustrati e depressi, a volte aggressivi se non addirittura astiosi, per il loro inutile e annoso peregrinare di specialista in specialista senza alcun risultato.

Molti ripetono le "sentenze" ascoltate dai molti specialisti consultati: "non c'è rimedio", "bisogna imparare a convivere con il dolore", "la Terapia Antalgica è l'ultima spiaggia" (quando invece *lo specialista del dolore* dovrebbe essere il primo e naturale specialista da consultare nei dolori persistenti o cronici).

Da quanto sopra, mi sembra opportuno far conoscere e divulgare sempre più conoscenze condivise sul dolore; ecco la ragione profonda che ha sostenuto l'idea di una serie di scritti riguardanti il dolore, la sua fisiopatologia, come si mantiene, le differenze nella percezione del dolore tra i sessi e nelle diverse età, ed il suo trattamento corretto sia con terapia medica che con metodiche interventistiche.

Il dolore ed il suo trattamento è sicuramente uno dei compiti più difficili che la Medicina si trova ad affrontare perché dal buon esito di esso deriva il benessere e la qualità di vita dei pazienti; ma ciò nonostante è stato a lungo misconosciuto, sottovalutato, se non addirittura trascurato, sia dalla classe medica già formata, sia da quella in formazione durante gli studi universitari, che spesso dimenticano o snobbano questo fondamentale capitolo della Medicina.

Appare snobbato, o per lo meno inadeguatamente stimato, il corretto trattamento del dolore cronico pure dalla classe politica che, pur avendo partorito, *sicuramente in modo distorto*, una legge (legge n° 38 del 2010) semplificante la prescrizione dei farmaci oppiacei e la creazione di Centri Hub e Centri Spoke per il dolore, non ha saputo coglierne le importanti differenze terapeutiche derivanti dai differenti tipi di dolore e non ha saputo disciplinarne un serio e qualificato insegnamento; per cui ancora oggi non pochi "praticoni" si presentano come esperti di Terapia Antalgica.

Un ulteriore limite della suddetta legge è che da essa traspare non solo al cittadino qualunque, ma anche a diversi componenti della classe medica, l'assunto che ogni dolore sia dominabile dalla terapia con farmaci oppiacei. Cosa purtroppo assolutamente non vera.

Non ultimo, la confusione, se non addirittura la sovrapposizione nel gergo comune, tra Terapia del Dolore (Medicina del Dolore) e Cure Palliative che ingenera, non solo nei pazienti (ma anche in troppi medici), equivoci e mal intendimenti.

Per Cure Palliative (dal latino *pallium* = mantello), concepite inizialmente da Cicely Saunders (infermiera, poi medico, britannica) alla fine degli anni '60, si intendono le cure rivolte a pa-

zienti colpiti da una malattia la cui ultima evoluzione, non può essere che la morte. Le cure palliative sono quindi un approccio clinico specialistico (generalmente di *Area Medica*) al malato terminale che non prende in considerazione solo il dolore fisico, ma mira globalmente a migliorarne la qualità della vita nelle ultime fasi di una malattia purtroppo inguaribile.

La Terapia Antalgica (o Medicina del Dolore), invece, è rivolta molto più spesso (anche se non esclusivamente) alla cura di patologie dolorose croniche, generalmente non neoplastiche, (*nove volte più frequenti di quelle neoplastiche!*) molto spesso mediante metodiche mini-invasive di Chirurgia Percutanea.

Nonostante tutte queste limitazioni, per il medico, riuscire a dare sollievo al dolore del proprio paziente rimane ancora una delle esperienze professionali più intense e pregnanti, e sicuramente anche una delle più gratificanti. La capacità di dare sollievo al dolore è sicuramente un dovere per il medico ed un diritto per il paziente e, quando non avviene, si dovrebbe parlare di *malpractice*, senza nessuna remora.

Da quanto sopra, conoscere il significato biologico del dolore, come esso nasce, si sviluppa, si mantiene, cronizza e, soprattutto, come, da mero sintomo si possa sganciare dalla patologia che lo ha generato e diventare esso stesso malattia sé stante (in cui l'unico sintomo, o il sintomo predominante, è il dolore medesimo) diventa mandatorio per il medico moderno; e non solo quello specialista.

Questo soprattutto nell'era attuale in cui l'aumento della vita media ha portato ad un poderoso aumento dell'incidenza delle patologie degenerative responsabili di dolore persistente o cronico. Come conseguenza ci troviamo di fronte ad un prepotente aumen-

to di richieste, da parte dei pazienti, di un rapido ed efficace trattamento del dolore, cui l'attuale organizzazione sanitaria non ci pone in grado, molto spesso, di poter soddisfare.

Nel corso degli ultimi decenni si è sviluppata una nuova disciplina specialistica: la **Medicina del Dolore** o **Chirurgia Percutanea del Dolore** (come la definisce Guido Orlandini², uno degli studiosi italiani di Algologia più noti) comunemente denominata Terapia Antalgica; termine quanto mai improprio ed obsoleto, retaggio della Medicina del passato.

Questa pratica clinica è stata sempre, denominata "Terapia del dolore" o "Terapia Antalgica" termini che implicavano che essa era rivolta solo a curare il sintomo dolore (e sempre su indicazione di altri specialisti!) e non a riconoscerne autonomamente l'eziopatogenesi e la fisiopatologia, oltre che il trattamento.

La Medicina del Dolore o Algologia o Chirurgia Percutanea del Dolore come disciplina autonoma nasce a livello mondiale negli anni 40/50 del secolo scorso, dal genio e dall'intuizione di un anestesista di origine italiana, immigrato giovanissimo negli Stati Uniti: *John Joseph Bonica*, autore di una monumentale opera in tre volumi sul Dolore³ e della prima Pain Clinic a livello mondiale presso l'Università di Washington.

Le considerazioni cui giunse lo spinsero a iniziare uno studio clinico sistematico sul dolore, sulle sindromi da esso generate, sui loro trattamenti ed a concepire e mettere insieme un approccio multidisciplinare alla gestione del dolore⁴.

La **Medicina del Dolore** o **Algologia** o **Chirurgia Percutanea del Dolore**, ha, quindi, acquistato modernamente

la dignità di una specializzazione medico-chirurgica a sé stante, includendo nel suo bagaglio culturale e propeudeutico tutte le fasi della procedura clinica e metodologica comuni alle altre discipline: lo studio diagnostico, la decisione terapeutica e l'esecuzione della terapia⁵.

La Chirurgia percutanea del dolore o Medicina del dolore trae origine dai *blocchi neuroassiali* e dall'anestesia *loco-regionale*. Nel corso degli anni si è evoluta in una specialità distinta con l'applicazione di tecniche chirurgiche *mini-invasive* sempre più sofisticate e con l'uso di *Devices impiantabili* e non sempre più tecnologicamente avanzati e raffinati, al posto di quelle "antiche" di semplice blocco neurale. Da quanto sopra, la Medicina del dolore è una **specialità chirurgica** a tutti gli effetti che ormai poco condivide con le tecniche anestesiolgiche e, soprattutto, non è patrimonio comune di tutti gli anestesisti ma solo di quei medici (nemmeno tutti anestesisti...) che si occupano dello studio e del trattamento del dolore.

Nel tempo, sono sorte anche numerose **Società Scientifiche**, nazionali ed internazionali, che hanno elaborato *Linee Guida*, *Protocolli* e *Raccomandazioni* adeguati allo studio ed al trattamento corretto delle plurime realtà cliniche sostenenti il dolore cronico.

Voglio ricordare le Società Scientifiche, nazionali ed internazionali, più qualificate e qualificanti:

- **IASP** (International Association Study for Pain) fondata da JJ Bonica nel 1973⁴, con il suo capitolo italiano **AISD** (Associazione Italiana per lo Studio del Dolore);
- **INS** (International Neuromodulation Society), con il suo capitolo italiano **INS - Italian Chapter**;

- **WIP** (World Institute of Pain);
- **FederDolore-SICD** (Società Italiana Clinici del Dolore);
- **EFIC** (European Federation of IASP Chapters);
- **Officina Algologica Triveneta**: storica associazione dei medici algologi del Triveneto, antesignana di altre società scientifiche similari sorte, successivamente, in altre regioni italiane.

Il Dolore cattura totalmente l'attenzione del malato e, come un'ombra, non lo lascia se non quando le cause che l'hanno provocato siano rimosse.

Nonostante l'acquisizione di conoscenze innovative e la messa a punto di numerosi ed efficaci presidi terapeutici il controllo del dolore fisico rimane ancora oggi un traguardo lontano per molti pazienti e per troppi del tutto precluso.

Se si vorrà, anche sul piano politico, dare una risposta consona ed adeguata alle sempre maggiori istanze, provenienti da larghi strati della popolazione, richiedenti risposte pronte ed efficaci alle sintomatologie dolorose persistenti o croniche, si dovranno individuare gli specialisti veramente esperti di queste metodiche certificandone lo status ed insegnare già a livello universitario le basi fisiopatologiche, cliniche e terapeutiche del dolore cronico.

Mi sia permesso di concludere questa necessaria introduzione con una citazione di Sir James Bryce, uomo politico inglese e primo visconte di Bryce, un pò paradossale ma divertente: "La medicina è la sola professione che lotta incessantemente per distruggere la ragione stessa della propria esistenza".

BIBLIOGRAFIA

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May; 10(4):287-333.
2. Orlandini G. La Chirurgia Percutanea del Dolore. Antonio Delfino Editore 2011; 2^a: 9.
3. Bonica JJ. Il Dolore. Diagnosi, prognosi e terapia. Antonio Delfino Editore 1992; 2^a Edizione.
4. Benedetti C, Chapman R. John J. Bonica: A Biography, Minerva Anestesiologica, 2005; 392-396.
5. Orlandini G. La semeiotica del dolore. 2005. Antonio Delfino Editore; 2.

Antropologia del Dolore

Dott. Roberto Dall'Ara

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

Per antropologia del dolore si vuole intendere il comportamento dell'essere umano nei confronti del dolore sia nei diversi periodi storici e sia dal punto di vista culturale, sociologico, filosofico e religioso; in ultima analisi i fattori che nelle diverse epoche lo hanno condizionato.

Il dolore è come le piramidi ... senza tempo... ed ha accompagnato e preoccupato l'umanità sin dalle sue origini. La storia dell'uomo si confonde con quella del dolore: in ogni tempo tentativi di dare una qualche spiegazione al dolore sono stati compiuti in un intreccio inestricabile di religione, filosofia e scienza.

Filosofi, medici, biologi, teologi, sociologi si sono interrogati e si interrogano tuttora su questo enigma che appartiene all'uomo come realtà intrinseca ed inscindibile dalla sua stessa natura.

Lo *scandalo* del dolore, la sua *assurdità* smisurata e insondabile, il suo *peso emozionale e fisico* anche se presenti nella coscienza umana fin dalle sue più remote origini, emergono soltanto in tempi relativamente recenti. Si può, azzardando un pò, dare anche un'indicazione più precisa: non più di due secoli e mezzo fa¹, quando il terremoto che colpì Lisbona (1755), con le sue migliaia di morti, contribuì in modo determinante a porre il problema di una spiegazione della sofferenza (e del male)².

ETIMOLOGIA, DOLORE E SOFFERENZA

La parola dolore deriva dal latino *dolor* che indicava l'effetto del dolore, cioè l'effetto del soffrire³.

I Greci, invece, usavano due termini: *algos* e *pathos*, ognuno racchiude in

sé il senso profondo del concetto dolore, che non è una mera esperienza percettiva ma una sofferenza globale, coinvolgente l'intero individuo, psiche compresa.

Algos intende la dimensione fisica e sensoriale del dolore e, sul piano fisiologico ci riporta al sistema di percezione, di conduzione e di mantenimento del dolore.

Pathos invece intende esprimere il senso intimo della sofferenza emotiva, psichica ed interiore riportandoci a quelle strutture sede di questi processi, anatomicamente definite: la neocorteccia ed il talamo³.

Il termine dolore in italiano è generico in quanto si può riferire ad un dolore fisico o ad un dolore psichico; termine generico che ingloba concetti distinti che comunque esprimono l'essenza della sensazione dolorosa: la sofferenza.

La sofferenza rappresenta quindi l'espressione finale e l'essenza completa della sintomatologia dolorosa. In lingua greca il vocabolo prevalentemente usato per indicare il dolore fisico è *algos* termine che viene fatto risalire alla radice indo-europea *alg*, dalla quale poi derivano il greco *alghéo* (soffro per il freddo) ed al latino *algeo* (sento freddo). Da *algos* quindi derivano numerosi termini medici come: neuralgia, causalgia, iperalgesia⁴.

Altri numerosi termini medici (es. alodinia, pleurodinia, faringodinia ecc.) derivano da un'altra parola greca che significa proprio "dolore fisico": *odyne*, dalla radice indo-europea *ed*, *od* (mangiare, cioè dolore rodente)⁴. L'etimologia della parola latina *dolor* sembra derivare dal verbo *dolere* derivante forse dalla radice indo-europea *dol* che significa lasciare, tagliare⁵. Probabilmente *doleo* significava "sono battuto" e quindi "provo dolore". Dal latino *dolor* hanno avuto origine le espressioni che indicano il dolore nelle varie lingue neolatine (italiano

dolore, francese *douleur*, spagnolo *dolor*, portoghese *dor*, rumeno *durare*, ladino *dori*). Sempre da una radice indoeuropea *quen*, *quoin* derivano termini greci come *poiné*, *pathos* ed i termini latini *poena* (pena punizione) da cui l'inglese *pain*⁶.

Il termine con cui è indicato il dolore in tedesco, cioè *Schmerz*, deriva dalla radice indo-europea *mords*, che è riferita, al di fuori dell'area germanica, al greco *smerdaléos* (terribile, spaventoso) e al latino *mordeo* (mordo); la stessa radice si ritrova in alcune parole baltiche con il significato di "provare dolore"⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Salvadori RG. Il dolore e la sua storia. Hyroniche Edizioni Telematiche 2005; 8-9.
2. Rey R. Histoire de la douleur, Paris; la Découvert 2000; 109.
3. Procacci P, Maresca M. A philological study on some words concerning pain. Pain 1985; 22: 201-3.
4. Procacci P. Capire e trattare il dolore. Excepta Medica 1991; 1-2.
5. Roberts EA, Cela CJ, Pastor B. Dictionario Etimologico de la Lengua Española. Alianza Editorial; Primera Edición 1996. 35-6.
6. Mercadante S. Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento. Elsevier Masson 2006; 7-8.

DOLORE TRA STORIA, FILOSOFIA, TEOLOGIA ED ETICA

La storia dell'uomo si confonde con quella del dolore che è tanto lunga quanto quella dell'essere umano.

Poco sopra ho scritto che il dolore è, come le piramidi ed accompagna e preoccupa l'uomo sin dalle sue origini ed egli lo ha, dalla notte dei tempi, colorato di paura, mistero, superstizione, curiosità ed, in tempi più recenti, d'interesse e di studio.

Lo sforzo dell'uomo per lenire o eliminare il dolore è presente da sempre, il dolore infatti è un'esperienza umana universale legata alla durezza della vita,

alla malattia, all'aggressione subita da altri uomini o da animali. L'istinto ed il ragionamento devono aver insegnato all'uomo primitivo a massaggiarsi le ferite, poi bagnarle con acqua fredda ed a utilizzare rimedi come l'applicazione di erbe e piante varie.

Per quanto ci è dato conoscere, anche l'uomo preistorico non ha avuto difficoltà ad associare il dolore ad una lesione traumatica ma rimaneva sconcertato (se non terrorizzato) dal dolore che accompagna malattie internistiche senza evidenti segni esteriori.

Quando non era in grado da solo di lenire il dolore si affidava agli spiriti o alle divinità tramite i "medici del tempo": stregoni e sciamani. Tanto che era pratica comune nelle civiltà primitive che gli stregoni provocassero una piccola ferita nel paziente al fine di permettere allo spirito maligno di uscire dal corpo colpito da malattia¹². Ancora oggi qualcuno si comporta in maniera simile: chi va dal mago o dal pranoterapeuta affida al soprannaturale il suo dolore. Dinanzi alle malattie l'uomo medio della cultura occidentale ancora oscilla continuamente tra l'appello al soprannaturale e il ricorso alla medicina moderna fondata su basi scientifiche. Gli archeologi sono concordi nel ritenere che l'Homo Erectus comparso circa 2 milioni di anni fa, visto che era in grado di produrre manufatti, potesse elaborare idee, pensieri strutturati e congetture per cui sicuramente il dolore ha attirato il suo interesse, i suoi pensieri ed i suoi timori.

Le più antiche documentazioni che ci sono giunte sul dolore risalgono, però, al Paleolitico superiore (50.000-10.000 a.C.), quando l'*Homo sapiens* cominciò ad usare la pittura rupestre come mezzo di comunicazione delle emozioni, come nella figura accanto (grotte di Lascaux – Francia) in cui si può notare un cacciatore, presumibilmente ferito, atterrito da un enorme bisonte.

Ancora avvolto nel mistero e tuttora inspiegabile il ritrovamento ubiquitario di crani preistorici trapanati anche in più punti (risalenti a circa 100.000 anni fa), che induce a pensare rituali favorevoli la "fuoriuscita del demone responsabile di un malessere", prati-



cati già in periodi precedenti la pittura⁶. Interessante il ritrovamento, con evidenti segni di trapanazione, del "Cranio di Catignano" in provincia di Pescara (circa 4.000 a.C.) ma ancor di più, in una grotta presso Nuoro, dello scheletro della "Donna di Sisaia" (circa 3.500 a.C.) che ha aperto nuovi interrogativi: ci troviamo di fronte ad una trapanazione cranica con sicura sopravvivenza della paziente dimostrata dalla riapposizione del disco osseo asportato, con perfetta saldatura ossea.⁷

In alcune isole del Pacifico meridionale, fino a poco tempo fa, le trapanazioni del cranio erano praticate come rimedio contro l'epilessia, le cefalee e la pazzia, e si credeva addirittura che potessero favorire la longevità³. Il significato attribuito al concetto di dolore discendeva **dall'esperienza quotidiana**: è ragionevole ipotizzare che presso i nostri antenati il dolore fosse associato alla sopravvivenza in un ambiente ostile, e allo svolgimento di attività, quali la caccia, che provocavano ferite, e quindi dolore.

I metodi di controllo e cura del dolore erano legati a quello che l'ambiente offriva: l'*Homo sapiens* imitava spesso il comportamento degli animali feriti, e si serviva di piante ed erbe, le cui proprietà terapeutiche erano apprese per imitazione degli animali, per prove ed errori.

Nelle **Epoche successive**, il concetto di dolore fu associato a quello di malattia.

Con il passaggio dalla vita nomade a quella stanziale, il dolore divenne un'esperienza non solo associata alle comuni attività quotidiane, ma anche a fenomeni (malattie) cui l'uomo non sapeva darsi una spiegazione, e che attribuiva ad intervento soprannatura-

le: sviluppò l'ipotesi che il dolore fosse un evento causato dall'indignazione di una qualche entità superiore, o da uno spirito impossessatosi del proprio corpo.

Sulla base delle suddette credenze si fondò la terapia del dolore presso le popolazioni del **Mesolitico** (10.000-6.000 a.C.): nacque la figura dello **stregone/sciamano**, che aveva il compito di porsi come intermediario tra l'ammalato e la divinità per propiziare la guarigione con preghiere e offerte; inoltre, egli interveniva sul sofferente praticando una ferita per far uscire dal corpo del paziente lo spirito malvagio che era in lui⁷. Civiltà primitive, ancora presenti nei primi decenni del secolo scorso, in Australia, in Nuova Guinea e nella Melanesia, consideravano il dolore come una intrusione nel corpo umano di oggetti (frecce, punte di lance) o di fluidi magici o di demoni ed ancora usavano la pratica della ferita terapeutica per il dolore.



Questo concetto, puramente esogeno del dolore, veniva trasferito anche al dolore non da patologia traumatica. Tanto che negli anni '20 del XX secolo sempre in Australia, Nuova Guinea, Melanesia lo sciamano succhiava lo spirito maligno direttamente dalla ferita, assumendolo su di sé e neutralizzandolo con arti magiche¹⁴.

Del resto, per molto tempo e fino a tutto il diciottesimo secolo, la Medicina Ufficiale consigliava metodiche "evacuatorie" per le più disparate patologie per cui era diffusissimo l'uso di salassi, clisteri, purganti, cataplasmi (che hanno effetto espettorante)

nel tentativo di depurare e svuotare il paziente da tutto ciò che è nocivo e dannoso dal suo interno.

Questo tipo di terapia potrebbe farci sorridere, soprattutto in questi tempi moderni di sviluppo scientifico e tecnologico, ma tali inconsce credenze ancora sopravvivono in larghi strati della popolazione, anche acculturata, che affrontano ancora il dolore con pratiche magiche, pseudoreligiose o comunque legate all'inconscio, se non all'occulto. Tutto ciò ancora praticato, molto più di quanto non si pensi, in paesi altamente civilizzati.

Quindi un concetto "intrusivo" del dolore tanto che nel **Papiro egizio di Berlino** si legge che le vie d'uscita dei demoni penetrati nel corpo possono essere il vomito, l'urina, il sudore¹⁸. I medici egizi fanno del cuore il punto d'incontro di una quantità di vasi che trasportano tutto ciò che è liquido, non solo il sangue, ma anche le lacrime, le urine, lo sperma.

Con la **Medicina egiziana** inizia la credenza che il centro della sensibilità si trovi nel cuore. Secondo gli egizi, vi è una rete largamente distribuita di vasi, chiamati *metu*, che portano lo spirito vitale e le sensazioni al cuore. I *metu* possono trasportare sostanze algogene ed anche patogene che, penetrate dal naso e dai forami auricolari, danno infiammazione, febbre e dolore⁷.

Così il cuore comincia ad essere considerato il *centro della sensibilità*, un'idea che dura da più di 2.000 anni. In ogni linguaggio indo-europeo troviamo espressioni come "duro di cuore", "uomo senza cuore", "il cuore mi dice", "ascoltare il cuore", eccetera, retaggio di quelle antiche credenze egizie.

Si apprendeva la medicina nei templi, studiando i 32 libri ermetici del Dio Thoth ed altri papiri medici⁷. L'arte medica era consentita anche alle donne (Peseshet, il primo medico donna conosciuto, della IV dinastia¹⁹) che apprendevano l'arte dell'ostetricia nella *Casa della Vita di Sais* (dove avvenivano le mummificazioni)¹⁷. Gli antichi Egizi dovevano le loro cono-

scenze anatomiche all'osservazione degli animali durante il macello e non all'imbalsamazione del defunto che era riservata ai sacerdoti del dio Anubi, perciò la loro conoscenza dell'anatomia, della struttura e della disposizione degli organi, era modesta. La più antica descrizione di dolore giunta sino a noi è stata datata IV millennio a.C.: in essa venivano descritti i disturbi provocati da una cefalea acuta²⁰.

Nella città sumera di Nippur è stata ritrovata una tavoletta d'argilla, probabilmente databile attorno al 2.500 a.C., scritta in caratteri cuneiformi, sulla quale è incisa ciò che sembra essere la prima invocazione contro la sofferenza di cui ci sia testimonianza: *il dolore ha afferrato il mio corpo; liberami o Dio dal dolore*⁶. E nella vicina Babilonia un'altra tavoletta contiene una sconcertante ricetta antidolorifica: *il mal di schiena, il mal di capo e il male alle gambe provengono dai denti. Tu guarirai se ti estrarranno i denti*⁶. Affermazione che trova correlazione nella Medicina moderna col noto legame tra mal occlusione, lombalgia e cefalea.

Per ingannare il dolore si ricorreva a stratagemmi. Ad esempio gli Assiri sapevano che comprimendo i vasi del collo si possono produrre lipotimie di durata sufficiente per praticare una circoncisione (tecnica che sarà nota anche a Rufo di Efeso, a Giambattista Morgagni, ad Alessandro Benedetti). Coloro che sono afflitti dalla gotta venivano posti a contatto con la torpedine e con altri pesci elettrici (antesignani della neuro-modulazione elettrica oggi tanto usata e tanto efficace nel trattamento di specifiche sindromi dolorose).

Gli egizi fanno uso della *neve* come refrigerante analgesico: una pratica che si riaffercherà, di tanto in tanto, anche nei secoli successivi: Tommaso Bartolino, chirurgo del XVII secolo, ad esempio, scriverà un trattato, *De nivis usu medico* (Sull'uso medico della neve), in cui affermerà *Nix affricata inducit stuporem* (La neve sfregata provoca insensibilità) e Marco Aurelio Severino, suo contemporaneo, si avvarrà di questo metodo⁷.

Intorno al 400 a.C. comparve sulla scena medica mondiale **Ippocrate** e con lui arriva in tutto il mondo medico una vera e propria rivoluzione culturale con la sua interpretazione della malattia in termini naturalistici come squilibrio dovuto a fattori esterni (clima, regime alimentare) ed interni (i quattro umori dell'organismo), ha, di fatto, decretato la nascita di una *Medicina Occidentale*¹. Ippocrate fu il primo medico a dare importanza alle differenze geografiche e culturali nello studio delle popolazioni umane egli affermava che: *non è interessante sapere che tipo di malattia ha un uomo, ma che tipo di uomo ha quella malattia*¹⁸.

Nel III sec a.C. nascono in Grecia le scuole di **Cnido** e di **Coo** e, con esse, si comincia ad attuare un iter metodologico razionale basato sulla raccolta di dati della storia clinica dei pazienti e sulla valorizzazione dei 5 sensi (tramite ispezione, palpazione, auscultazione, degustazione, percussione, olfazione)²⁰ per localizzare la sede del dolore o studiare le malattie. Purtroppo tale impostazione "clinica" di affrontare un diligente ed attento interrogatorio con il malato verrà del tutto abbandonata sino al primo Medioevo, preferendovi una diagnosi improvvisata, attribuendo alla medicina un aspetto fondamentalmente magico.

In questo periodo storico medici che mostrano qualche sensibilità al dolore sono pochissimi. Fra questi **Asclepiade di Bitinia**, vissuto tra il II e il I sec. a.C., il quale aveva come suo motto per compiere i suoi interventi: cito, tuto, jucunde (rapidamente, sicuramente, serenamente) un modo di fare che gli valse accuse di adulare i propri "clienti della buona società" che a lui ricorrevano numerosi¹⁵. L'invidia e maldicenza tra colleghi esisteva anche in quei tempi ahimè!

Secondo Bonica¹² il primo cenno a una pratica antalgica si trova nel **De medicina** di Aulo Cornelio Celso (I secolo d.C.).

Tuttavia, non molto tempo dopo, con **Stratone di Lampsaco** (III sec. a.C.), fu riaffermata la convinzione che il cervello fosse la sede delle sensazioni dolorose.

All'interno della scuola alessandrina, due grandi scienziati, Erofilo (335-280 a.C.) ed Erasistrato (310-250 a.C.) diedero la dimostrazione anatomica che *il cervello faceva parte del sistema nervoso* e che i nervi collegati al nevrasso erano di due tipi: quelli che presiedevano ai movimenti e quelli che conducevano le sensazioni (distinzione poi ribadita, nel I sec. d.C., da **Rufo di Efeso**, cui si deve anche una descrizione del chiasmo ottico)¹⁰. **Erofilo**, in particolare, studiò metodicamente il cervello e i canali che vi nascono, con descrizioni osservative: *“la maggior parte dei nervi hanno la loro origine nel cervello e sono organi della sensazione; altri hanno la loro origine nel midollo spinale...”*. Fece una descrizione magistrale delle meningi. Scoprì il quarto ventricolo del cervello, dove pose la sede dell'anima e il *torcular* che ancora porta il suo nome⁹.

Erasistrato di Chio ampliò le osservazioni anatomiche di Erofilo, *distinse il cervello dal cervelletto*, osservò che le circonvoluzioni del cervello erano più complicate nell'uomo che negli animali ed associò la loro maggiore complessità alla maggiore intelligenza²⁴.

In epoca romana, e specificatamente nell'ambito del dolore, a proporre una più attenta analisi è il medico **Aulo Cornelio Celso** che definisce il dolore espressione dell'infiammazione, suddividendolo in 4 fasi precise: *“rubor”* (rossore), *“tumor”* (tumefazione), *“calor”* (calore), *“dolor”* (dolore)²⁰; cui noi modernamente abbiamo aggiunto *“functio laesa”* la cui paternità viene attribuita singolarmente a Thomas Sydenham²⁵ o a Rudolf Virchow⁴ o ad entrambi, a seconda dell'Autore.

Successivamente **Platone**, e ancor più, **Aristotele** rafforzano e arricchiscono questo approccio razionalistico, cercando di spiegare i meccanismi del dolore per poterlo curare. Essi offrono contributi fondamentali alla conoscenza e all'apprendimento del problema dolore elaborando teorie sulla sensibilità valide ed innovative. Va ricordato fra l'altro che il concetto aristotelico del dolore come *eccesso di sensibilità* dominerà incontrastato fino alla fine del diciottesimo secolo¹⁸.

Loro limite il fermarsi a considerare ancora il dolore come un'emozione percepita dal Cuore.

Con **Galeno** (130 d.C.), il medico degli imperatori e padre della fisiologia sperimentale, si fa un primo salto qualitativo localizzando il dolore nel cervello e promuovendolo dal rango di emozione a quello di *sensazione*, trasmessa dal Sistema Nervoso. Galeno confermò sia il cervello organo nervoso principale sia la distinzione tra nervi delegati al movimento (*nervi pesanti*) e nervi incaricati delle sensazioni (*nervi leggeri*) e giunse a postulare una *origine neurologica* nelle paralisi, nelle disfunzioni sensoriali e nel dolore causato da malattie e da traumi. Inoltre descrisse gli effetti fisiologici della sezione del midollo spinale a varie altezze; dimostrò che il taglio del nervo laringeo ricorrente era la causa della perdita della voce e che le lesioni del cranio producevano la perdita della memoria e delle parole. Dimostrò con esperimenti i diversi effetti prodotti dalle lesioni del cervello e del cervelletto²². Il suo concetto del dolore è quanto mai attuale: il dolore non è solo il sintomo di un male ma è, di per sé, già malattia⁷.

Galeno ha consacrato molti capitoli del suo lavoro *De Locis Affectis* (Delle zone affette) all'esame del valore diagnostico del dolore. Questo, accanto ad altri sintomi, è usato per localizzare l'organo o la parte dell'organo malata. È Galeno che introduce la descrizione delle differenti forme di dolore che sarà ripresa fino ai nostri giorni: pulsante, opprimente, tensivo e pungente²². Da ricordare, infine, come usasse preparare personalmente i farmaci e come da lui sia originato il termine *“galenici”* per indicare medicinali semplici⁷. **Scribonio Largo**, di latino aveva solo il nome essendo anch'esso greco, cura i dolori con un estratto di oppio e propone di trattare la cefalea cronica ed i dolori della gotta con la scarica elettrica della Torpedine marina, detta *nârke* da cui, probabilmente, si fa derivare la parola narcotici².

Anche se in quest'epoca vi è una particolare attenzione alla ricerca di metodi medici e/o chirurgici per lenire il

dolore devono trascorrere più di sette secoli per incontrare un altro medico attento al dolore. **Alessandro di Tralles** (sesto secolo d.C. circa) scrive: *L'arte medica non deve considerare come una legge quella di essere senza pietà, di sembrare indifferente al benessere dei malati e di mostrarsi privi di compassione, ignorando quanto sia dura la natura e quanto siano comuni le sofferenze. Vi esorto, contrariamente a quel che fa una moltitudine di medici, a cercare di non dare dei medicinali senza ragionare sulle loro facoltà. Il medico istruito deve sforzarsi di essere di sollievo con tutti i mezzi, e far ricorso perfino ai sortilegi, oltre ai dettami del sapere e ai metodi dell'arte*⁵.

Nel **Medioevo** c'è un silenzio pressoché totale della scienza e tutto si concentra sulla dimensione Spirituale del Dolore, inteso come *espiiazione*, in cui il dolore è concepito come conseguenza di un disordine creato dall'uomo rispetto all'ordine creato da Dio, tanto che la figura del medico viene sostituita da quella del *monachus infermarius* che dirigeva l'infermeria.

Ciò nonostante vi è una incessante ricerca dell'*“anestetico ideale”* da usare durante gli interventi chirurgici: questo lo sembra la cosiddetta *spugna soporifera* imbevuta di sostanze varie e fatta odorare al paziente. Sulla sua composizione ci sono giunte diverse ricette. Una delle più antiche risale al IX sec: *oppio mezza oncia, succo delle foglie di mandragora otto once, succo di cicuta fresca, tre once di succo di giusquiamo, con acqua in quantità sufficiente da formare un liquore, fallo assorbire in una fresca e secca spugna ed essicca accuratamente. Quando vuoi adoperare la spugna, immergila in acqua calda, ponila sul naso e fai fare al paziente profondi respiri fino a che si è addormentato. E se lo vuoi svegliare, applica al naso un'altra spugna bene intrisa di aceto e così arresterai il sonno*²⁴.

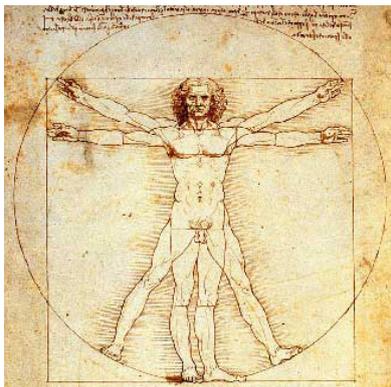
Secondo G. Bellucci pare che l'uso della spugna soporifera fosse alquanto limitato sia per la scarsa efficacia analgesica che per le imprudenti applicazioni con conseguenze letali, per cui fu proibita.

Solo in Oriente con **Avicenna** il *Dolore Fisico* conserva dignità e importanza e compaiono le prime sostanze analgesiche (oppio, mandragora, edera, ecc.) di cui, lo stesso, mette in guardia verso una possibilità tossicità²¹. Malgrado ciò, secondo il suo discepolo e biografo *Abu Al Guzani*, Avicenna sarebbe morto proprio per una dose eccessiva di oppio¹⁶.

Lo stesso Avicenna, il cui *Canone (al Qanun)* restò un classico della medicina per almeno 500 anni, classificò quindici tipi di dolore (articolare, renale, auricolare, vescicale, eccetera) e sembra che abbia intuito il carattere specifico della sensazione dolorosa¹². Sostiene anche lui il concetto moderno che il dolore possa, già di per sé, costituire malattia⁷.

Un altro medico arabo, **Ibn Baithan**, parla di una mescolanza di grani di oppio, giusquiamo e mandragora da usare come antidolorifico. Altro grande medico **Albucasis**, ispano-arabo, autore del *al-Ta-r-f (Libro per la guida di coloro che non sanno scrivere libri)*, nel quale descrive le conoscenze di 50 anni di pratica ed insegnamento dell'arte medica, propone come cura contro il dolore e le malattie generiche il cauterio, prescrivendolo anche per mal di testa, lussazione e sciatica²⁰. Infine si deve agli arabi il definitivo distacco della Medicina dalla Farmacia⁷.

Nel **Rinascimento** solo l'anatomia registra progressi e riporta prepotentemente l'attenzione sul corpo tanto che, sulla scia degli studi anatomici di **Vesalio** (*De humani corporis fabricae*) e dello stesso **Leonardo**, il dolore viene fatto risiedere nel *Sistema Nervoso e viene trasmesso al suo interno attraverso i nervi del tatto ed elaborato dal cervello*²³.



Contemporaneamente, Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim detto **Paracelso** (si attribuì da solo tale nome, per sottolineare che aveva eguagliato e superato Aulo Cornelio Celso, il famoso medico romano²⁰) inizierà ad utilizzare, in modo empirico, l'*Etere* per le anestesie con "*oleum vitrioli dulce*" (composto in parti uguali di alcool ed etere solforico²³) che "Calma tutte le persone che soffrono senza far male ed attenua ogni dolore"⁷.

Cartesio e tutta la speculazione a lui successiva, fino alla fine del XVIII secolo, considerano il dolore come una *esacerbazione della sensazione tattile*, dovuta alla circolazione dello "spirito" attraverso i nervi. A lui si devono numerosi studi sulla trasmissione nervosa e la teoria del *dolore come campanello d'allarme* (figura accanto esperimento della fiamma sul dito) ed elabora il modello di trasmissione dell'informazione sensoriale dolorosa dove uno stimolo esterno attivava i nervi periferici i quali, tramite il midollo spinale e i ventricoli cerebrali, portavano alla ghiandola pineale l'informazione che, in quella sede, sarebbe diventata percezione cosciente¹¹.

Egli fa riferimento a *una anatomia ir-reale, del tutto fantastica*; compiendo gravi errori in fisiologia²⁴ (basta pensare alla collocazione nell'epifisi della sede dell'anima) ma, pur con tutti questi limiti, egli, oltre a far riferimento al cervello come centro della sensibilità, apre una discussione, offre uno schema di riferimento, ridefinisce e rinnova le conoscenze precedenti.

L'illuminismo appare antesignano di profonde modificazioni nella concezione del dolore favorendo un ap-

proccio basato sull'indagine diretta ed analitica ma è solo nel XIX secolo che la neurofisiologia, divenuta sperimentale, è in grado di intraprendere la via che porta anche a una comprensione più corretta del dolore. Nel 1811 compare *New Idea of the Anatomy of the Brain* di **Charles Bell** in cui vengono illustrate diverse funzioni dei nervi in corrispondenza con le zone cerebrali da cui si dipartono e dimostra, con esperimenti condotti su animali, che le radici dorsali dei nervi spinali hanno funzione sensitiva, mentre le radici ventrali ne hanno una motoria, confermando in proposito le osservazioni di **François Magendie** (tra i due nascerà una vera e propria contesa sulla priorità della scoperta)²³.

Successivamente (1846) **Ernst Heinrich Weber** mette in chiaro che le sensazioni tattili vanno distinte da quelle dolorifiche.

Solo nel **XX secolo**, con la scoperta della natura elettrica della trasmissione nervosa, avremo la nascita della moderna neurofisiologia.

Parallelamente assistiamo, sul piano della terapia, alla scoperta dell'**Ipnosi** (1810), dei vari anestetici volatili: **Protossido d'azoto** (1828), **Cloroformio** (1831), **Etere** (1864) e via via fino ai moderni **alogenati** (Sevoflurano, Desflurano i più recenti) e di analgesici ed ipnoinduttori: Aspirina (1894), Barbiturici (1903), Ossicodone (1916), Fentanyl (1960), Propofol (1976) che modificheranno radicalmente l'approccio al dolore, sia chirurgico che medico. È curioso notare come all'apparire di questi farmaci sia i chirurghi (con più veemenza) che i medici erano contrari e si opponevano alla loro diffusione, i primi perché consideravano "innaturale" un intervento chirurgico senza dolore, i secondi temendo di veder scomparire uno dei più importanti segni diagnostici: il dolore⁵.

Nel secolo scorso (1931) **Von Euler** e **Gaddum** isolarono, da estratti alcolici di cervello, la *Sostanza P*²⁶ importante neurotrasmettitore di segnali dolorifici ed infiammatori.

Il dolore accompagna da sempre la vita umana, ha molteplici significati, e, fino a tempi recenti, l'umanità non ha conosciuto mezzi efficaci per eliminarlo o per ridurlo.

Le prime **Considerazioni Filosofiche** sul dolore nascono in Grecia in epoca presocratica con Democrito che afferma: “i dolori sono gli inizi del male”.

Successivamente Platone fa una netta distinzione tra anima sopra-sensoriale e corpo sensibile che nella sua visione sono in netta opposizione.

Successivamente Epicuro (341 – 270 a.C.) sosteneva che il dolore rappresentasse ciò che l'uomo deve fuggire (al contrario il piacere è da ricercare). Nel diciassettesimo secolo Blaise Pascal ci mostra il modo per non essere schiacciati dalla sofferenza e per servirsene come strumento per il compimento di un ordine superiore, riguardo al quale tutto diventa secondario ed indifferente.

I filosofi esistenzialisti, invece, celebrano il dolore come un valore morale che rende tutti gli uomini uguali e solidali. Jean Jacques Rousseau nel 1772 scrive: “L'uomo che non conoscerà il dolore, non conoscerà né la commozione dell'umanità né la dolcezza della commiserazione”¹³.

Il dolore in sostanza caratterizza l'uomo e senza dolore non è possibile conoscere realmente la vita. Questo ci differenzia dalle macchine⁸.

Nella valutazione etica, il dolore è stato a lungo associato all'idea di castigo, anche se la sofferenza umana è molto più vasta e pluridimensionale e supera, di certo, i confini della malattia stessa.

Nel **libro di Giobbe** troviamo profonde riflessioni sulla sofferenza, per la quale viene superato il concetto che le disgrazie siano sempre il castigo per peccati commessi.

Nel Vecchio Testamento, il dolore consegue ad una colpa ed è in relazione ad un peccato, inteso come scioglimento dell'alleanza con Dio conseguente alla violazione del patto che ha come fine la salvezza dell'uomo. Nell'**Antico Testamento** Dio si rivolge ad Eva, la donna che ha peccato, con queste parole: “Moltiplicherò le tue pene ed avrai i figli nel dolore”, e nel **Corano** la mancanza di fede è colpita da “castighi dolorosi”.

La stessa concezione caratterizza la **fase barbarica della giustizia uma-**

na, al punto che il termine pena ha assunto il duplice significato di dolore e condanna.

La persona aggredita dal dolore soffre, soffre totalmente, cambia la propria prospettiva di vita mettendo in discussione i cardini della propria esistenza e cambia radicalmente anche il proprio modo di vivere, di percepire ed organizzare la propria vita. La sofferenza dolorosa viene subita e determina profondi cambiamenti nella personalità dell'individuo colpito.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Borghi L. , *Umori: Il Fattore Umano Nella Storia Delle Discipline Biomediche* (Roma: Società Editrice Universo, 2013).
- 2 Laterza C, 'Modulo 4 - Storia Della Terapia Antalgica Ed Epidemiologia Del Dolore', in *Obiettivo Sanità - Aggiornamento continuo dell'Operatore Sanitario*, ed. by Sanitanova (Bari: 2015).
- 3 Guthrie D, *Storia Della Medicina* (Feltrinelli, 1967).
- 4 Strayer DL, and Rubin R, *Rubin's Pathology: Clinicopathologic Foundations of Medicine* (Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2007).
- 5 Brunet F, *Les Médecins Grecs Depuis La Morte De Galien Jusqu'à La Fin De L'empire D'orient, Histoire Générale* (1949).
- 6 Bellucci G, 'Tentativi Umani Nei Secoli Di Lenire Il Dolore,' in *Atti Convegno di Algologia. Corso di aggiornamento: Psicologia, Fisiopatologia e terapia del dolore* (Cortona - AR, Palazzo Casali: Nuova tipografia sociale Cortona, 1984), pp. 11-12.
- 7 Bellucci G, and Tiengo M, *La Storia Del Dolore*. ed. by Edizioni Roche (Momento Medico, 2005).
- 8 Calogero G, *L'homme, La Machine Et L'esclave, Le Robot, La Bete Et L'homme* (Paris: La Bacconière, 1996).
- 9 Médioni G, *L'école D'alexandrie. Hérophile, Érasistrate, in Histoire Générale* (1949).
- 10 Médioni G, *Les Pneumatiques. Les Éclectiques, in Histoire Générale* (1949), pp. 342-47.
- 11 Chen J, 'History of Pain Theories', *Neuroscience Bulletin*, 27 (2011), 343.
- 12 Bonica JJ, *Il Dolore. Diagnosi, Prognosi E Terapia* (Antonio Delfino Editore, 1992).
- 13 Nores JM, 'Peut-Il Avoir Une Philosophie De La Douleur? ', *Ann Med Int*, 4 (1994), 145.
- 14 Keele KD, *Anatomies of Pain* (Oxford: Blackwell, 1957).

15 Gilbert Médioni, *Les Empiriques*. ed. by de la pharmacie Histoire générale de la médecine, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire (1949).

16 Nencini P, *Il Fiore Degli Inferi. Papavero Da Oppio E Mondo Antico*. (Franco Muzlo Editore, 2004).

17 Procacci P, *Capire E Trattare Il Dolore* (Excepta Medica, 1991).

18 Procacci P, and Maresca M, 'Histoire Des Concepts De La Doleur', *Doul Analg*, 1 (1988), 135-38.

19 Veiga P, *Health and Medicine in Ancient Egypt: Magic and Science* (Munich: Bar Archaeopress, 2009).

20 Zucchi P, *Compendio Di Semantica Del Dolore: Dolore, Fede, Preghiera (Compendium of Pain Semantics: Pain, Faith, Prayer)* (Firenze: Istituto per lo studio e la terapia del dolore 1991).

21 Melzack R, and Wall P, *La Sfida Del Dolore* (Padova: Piccin, 1988).

22 Rey R, *Histoire De La Doleur* (Paris: La Découvert 2000).

23 Salvadori RG, *Il Dolore E La Sua Storia* (Hyroniche Edizioni Telematiche, 2005).

24 Major RH, *Storia Della Medicina* (Firenze: Sansoni, 1959).

25 Dormandy T, *The Worst of Evils: Man's Fight against Pain* (New Haven, Conn Yale University Press, 2006), p. 22.

26 Von Euler US, and Gaddum JH, 'Pseudomotor Contractures after Degeneration of the Facial Nerve', *J Physiol*, 73 (1931), 54-66.

DOLORE NELLE DIVERSE CULTURE

Concetti quali dolore e sofferenza sono stati di volta in volta reinterpretati ed anche il loro rapporto reciproco ha vissuto dinamiche turbolente: “Ogni cultura elabora miti, rituali, tabù e standard etici al fine di far fronte alla fragilità della vita [...] per spiegare il significato del dolore, la dignità nella malattia, il ruolo del morente o la morte”⁵.

Del dolore fisico, manifestazione eclatante di molte malattie, troviamo testimonianze fin dalle origini della civiltà. Il significato della sua presenza è stato variamente interpretato dalle varie culture nel corso dei secoli: da un problema prettamente medico a simbolo della punizione divina per peccati commessi, seguendo il concetto che tramite la sofferenza c'è l'espiazione.

Risale al 2.200 a.C. un papiro egizio cui, a causa del suo contenuto pessimistico è stato dato il titolo di *Dialogo di un suicida con sé stesso*. Il suo anonimo autore innalza il suo lamento e la sua protesta contro il dolore: *la vita non merita di essere vissuta e il male è un destino invincibile*³.

Non sono queste, però, le prime riflessioni in assoluto su questo tema. Dalla **cultura sumerica** proviene uno scritto: *L'uomo e il suo Dio*, in cui si esaminano le varie manifestazioni del dolore. È del 1.500 a.C. un poemetto babilonese (*Indlul bel nemeqi: Voglio celebrare il signore della sapienza*) in cui si discute sull'incomprensibilità dei decreti degli dei che infliggono la sofferenza agli uomini e sulla stessa linea, di circa cinquecento anni più tardi, la cosiddetta *Teodicea Babilonese* e un *Dialogo pessimistico*⁸.

La medicina assiro-babilonese influenzerà grandemente la medicina egizia, l'ebraica, l'iraniana, l'indiana e tutte le civiltà mediterranee come una serie di vasi comunicanti fra Paesi a diverso livello di cultura per cui non stupisce se gli indù (come Egizi ed Assiri) credessero che il dolore fosse percepito dal cuore e dai vasi sanguigni.

Anche nell'antica Persia la malattia è sempre opera della divinità negativa *Aryanane* e la terapia è basata sulle invocazioni di un aiuto divino, esorcismi ed esercizi respiratori, sull'impiego di farmaci, generalmente, di provenienza vegetale².

Presso il **popolo ebreo** Dio è l'unica fonte di malattia e guarigione che occorre pregare con la mediazione del sacerdote. Si può essere puniti con malattie, anche per colpe commesse da antenati fino alla quarta generazione, il che comporta pesanti responsabilità nei confronti della discendenza. Non vi sono medici ma bensì il sacerdote è anche medico, ispirato da Dio². In **India** la medicina è sostanzialmente religiosa e magica; la religione ed il sapere si ritrovano in una serie di scritti: i *Veda* fra i quali, per l'arte medica, i *Veda della lunga vita o Ayurveda* ed i *Samhita*, suddivisi in aforismi, patologia, anatomia ed embriologia, terapia. Nella cura delle malattie gli indù praticavano anche la suggestione e l'ipnotismo, in appositi templi

che ricordano gli asclepiadei dell'occidente, in analogia con quello che avveniva a Babilonia, in Grecia ed in Egitto, anticipando di decine di secoli le esperienze che, in proposito, verranno fatte in Europa¹⁵.

Nella lontanissima **Cina** sono state ritrovate pietre affilate, conosciute come *Bian shi*, usate per fare uscire dal corpo il demone responsabile di dolore e ciò suggerisce che l'inizio di tale pratica possa essere datato al neolitico o forse addirittura prima¹⁴. L'arte medica si è andata sviluppando in ambito sacerdotale con reciproco travaso fra religione e medicina, finendo ben presto quest'ultima col diventare autonoma.

Il termine dolore compare per la prima volta nel trattato medico *Huang Di NeiJing*^{11,6} scritto più di 3.000 anni fa. Secondo i canoni di quella cultura, il dolore era il frutto di uno sbilanciamento tra Yin e Yang forze complementari ed intimamente correlate tra loro e dinamicamente interconnesse⁷. Anche in Cina, si conoscono e si usano piante medicinali per fini antidolorifici ma, naturalmente, il mezzo terapeutico per eccellenza della medicina cinese è l'agopuntura, ideata, secondo la tradizione, dall'imperatore *Huang-Ti* (2.698-2. 598 a.C.), anche se probabilmente tale metodica è nata in India². Essa consiste nell'introduzione di aghi metallici caldi o freddi nel corpo in punti diversi. Gli aghi sono di argento, di oro, di bronzo, di rame, di acciaio o di ferro e possono essere fini, grossi, corti o lunghi. Lo scopo del procedimento è di pungere in certi definiti punti: i dodici ipotetici canali che contengono lo Yang, l'elemento attivo o maschile, e lo Yin, l'elemento passivo o femminile. Per i cinesi il dolore era causato da un arresto o da un incremento del flusso di energia equilibrato solitamente dai due principi opposti e complementari che governano il mondo: lo Yin e lo Yang.

Si giungerà, così, a definire 365 punti significativi sul corpo umano e tanto la tecnica quanto la teoria di agopuntura andranno incontro, nel corso del tempo, a sviluppi e ramificazioni, alcune delle quali disancorate dai presupposti ideologici e metafisici che ne caratterizzano le origini. Sembra accertato,

invece, che essa giunse in Giappone solo nel VI sec. d.C.¹⁰ mentre raggiunse l' Europa nel 1683 ad opera del chirurgo olandese *Ten-Rhyne*¹⁵.

In conclusione, per quanto riguarda la Cina, siamo certi che l'arte medica sia rimasta ancorata, e ferma, per secoli alla tradizione culturale che sottende all'agopuntura, differenziandosi alquanto da quella Occidentale più razionalista e sperimentale.

Il **Buddha** all'incirca nello stesso periodo, affermava che il crollo del desiderio permette la soppressione del dolore (*Sermone di Benares*)¹⁴. Il buddhismo è una concezione del mondo e della vita che pone risolutamente il dolore al centro della sua attenzione. Pochissime altre dottrine lo fanno; tra queste il *jainismo*, che sorge quasi contemporaneamente al buddhismo (ma si esaurirà assai presto) e che impone il rispetto per ogni forma di vita¹⁴.

Sempre in ambito della religione buddhista da ricordare gli *Editti di Asoka* (nome che significa: *immune da dolore*) del III secolo a.C. sovrano che regnò su una vasta area del subcontinente indiano riguardanti la solidarietà e la compassione, con conseguenze altamente positive, sul piano pratico, nell'attenzione al dolore ed alla sofferenza¹³.

Per quanto riguarda il continente americano si ha la fondata impressione che nelle **Culture Precolombiane** non venisse concesso ampio spazio al trattamento del dolore, inoltre le cure mediche, da sole, nell'immaginario popolare non erano sufficienti a consentire l'allontanamento del dolore e della malattia, se non erano accompagnate da pratiche magiche (atte ad allontanare gli spiriti malefici) o da sacrifici cruenti e frequenti, come quelli umani².

Gli **Aztechi** erano, assieme ai Maya, noti per la pratica dei sacrifici umani, rituali nei quali il popolo sacrificava un determinato numero di persone per scacciare la sofferenza e le malattie¹⁴, personali e collettive. La conquista spagnola decretò, purtroppo, con il rogo dei testi sacri ritenuti demoniaci, la scomparsa di ogni documentazione diretta della scienza medica

azteca e ciò che rimane sono testimonianze indirette desunte dai ricordi di due medici aztechi ad uno scrivano spagnolo². Nel vasto e complesso empireo vi erano divinità benefiche, come *Itzamna*, signore del cielo e dio della medicina, oltre a divinità specifiche, tutelari della gravidanza, del parto, dei bambini, ecc².

I **Maya** sapevano suturare le ferite con i capelli umani, ridurre le fratture, trattare ematomi; erano anche abili dentisti, capaci di realizzare protesi di giada e turchese e riempire i denti cariati con pirite di ferro.

I Maya equiparavano il dolore con la prigionia della propria anima da parte di esseri soprannaturali, indignati per alcuni comportamenti scorretti compiuti (presentando alcune somiglianze con Egizi e Assiro-Babilonesi del II millennio a.C.).

La **medicina Inca** si avvaleva prevalentemente di procedimenti magici, tuttavia, aveva progredito notevolmente anche in campo terapeutico, conseguendo conoscenze evolute in campo sia chirurgico che farmacologico.

Gli Incas, tra il 700 e il 100 a.C. cominciarono ad utilizzare stupefacenti per aiutare il recupero del malato: basavano la terapia soprattutto sull'uso di *foglie di cuca* (coca) che venivano fatte masticare lentamente, stimolando così respirazione e circolazione, aumentando la resistenza e riducendo la fame grazie all'anestesia della mucosa gastrica². Essi usavano anche la *scopolamina* (un estratto della datura) a scopo anestetizzante⁹. I medici incaici si formavano a Cuzco nella *Scuola dei nobili* e potevano essere sacerdoti o laici. La terapia era basata sul digiuno, sulla somministrazione di purganti e su prolungati massaggi.

In **Africa**, la cultura autoctona predominante in tutto il continente nero subsahariano credeva, e crede tuttora nelle zone più arretrate, che tutti i mali, quindi anche dolore e sofferenza, siano gestite da un mondo sovranaturale fatto di streghe, demoni e magia. In queste culture la terapia è peggiore della malattia stessa: il medico (sciamano o stregone) si sottopone a rituali dolorosi (bruciature, incisioni corporali, fustigazioni, eccetera).

In conclusione, le religioni nelle diverse culture non hanno dato alcun apporto alla conoscenza scientifica dei fondamenti fisiologici del dolore. Anzi, il più delle volte hanno costituito un serio ostacolo alla loro nascita e al loro sviluppo, sia indirettamente, fornendo spiegazioni e interpretazioni del fenomeno, prive di ogni riscontro empirico e di ogni possibilità di verifica, che hanno sostituito e scacciato quelle più documentate e argomentate sia direttamente con proibizioni (come quelle riguardanti la dissezione dei cadaveri) basate puramente su presupposti astratti, su emozioni, su timori atavici o perfino su pregiudizi. In definitiva, per lungo tempo, è stato favorito il versante magico della pratica medica a discapito di quello scientifico.

Sul piano etico-sociale, invece, i vari culti religiosi hanno dato (e continuano a dare) un contributo notevolissimo all'alleviamento delle sofferenze.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Laterza C, 'Modulo 4 - Storia Della Terapia Antalgica Ed Epidemiologia Del Dolore', in *Obiettivo Sanità - Aggiornamento continuo dell'Operatore Sanitario*, ed. by Sanitanova (Bari: 2015).
- 2 Bellucci G, and Tiengo M, *La Storia Del Dolore*. ed. by Edizioni Roche (Momento Medico, 2005).
- 3 Ravasi G, *Giobbe Tra Fede E Ribellione. Profilo Letterario E Teologico Del Libro Di Giobbe*. Vol. Le Provocazioni di Giobbe (Borla, 1979).
- 4 Soulié De Morant G, *Chine Et Japon, Histoire Générale* (Paris: Albin Michel, 1936).
- 5 Illich I, 'Medical Nemesis', *The Lancet*, 303 (7863) (1974), 918-21.
- 6 Veith I, *The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine* (Los Angeles: University of California Press, 2002).
- 7 Chen J, 'History of Pain Theories', *Neuroscience Bulletin*, 27 (2011), 343.
- 8 Galot J, *Perché La Sofferenza?* (Milano: Editrice Ancora, 1986).
- 9 Haeger K, *Storia Illustrata Della Chirurgia* (Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1989).
- 10 Tridente M, *Manuale Di Storia Della Medicina* (Città di Castello: Soc. Tip. Ed. Leonardo da Vinci 1948).
- 11 Zhu M, *The Medical Classic of the Yellow Emperor* (Foreign language Press, 2001).
- 12 Zucchi P, *Compendio Di Semantica Del Dolore: Dolore, Fede, Preghie-*

ra (Compendium of Pain Semantics: Pain, Faith, Prayer) (Firenze: Istituto per lo studio e la terapia del dolore 1991).

13 Klibansky R, *Gli Editti Di Asoka* (La Nuova Italia, 1960).

14 Salvadori RG, *Il Dolore E La Sua Storia* (Hyroniche Edizioni Telematiche, 2005).

15 Major RH, *Storia Della Medicina* (Firenze: Sansoni, 1959).

BREVE STORIA DEI FARMACI OPIACEI

La storia travagliata dei derivati dell'oppio, e del loro uso in medicina, rende ragione dei falsi miti che impregnano tuttora la cultura moderna riguardo a questi farmaci. L'utilizzo dei derivati del *Papaver somniferum* risale probabilmente alla preistoria, dal momento che sono state ritrovate capsule di tale fiore in reperti databili a 30.000 anni fa in scavi dell'uomo di Cro-Magnon (Svizzera)¹⁷.

Secondo alcuni, le prime testimonianze dirette dell'uso come pianta medicinale risalgono al 4.000 a.C. ed appartengono agli Assiro-Babilonesi^{8,15}. Naturalmente questo non esclude che la conoscenza e l'uso dell'oppio fossero precedenti. Gli stessi autori annotano, poi, che in Egitto, verso il 2.000 a.C. l'oppio veniva usato come sedativo per i bambini; in Grecia e a Roma come sonnifero, mentre gli Arabi, intorno al 1.000 d.C., ne misero in evidenza le proprietà antidiarroiche. Dati certi sull'impiego dell'oppio si ricavano poi dai Sumeri, i cui medici 3.000 a.C. chiamavano il papavero *Hul* (gioia) e *Gil* (pianta), quindi "*pianta della gioia*" e furono essi a diffondere l'uso del papavero da oppio presso altri popoli come gli Egizi, e proprio in Egitto, in un antico papiro (*Il libro ermetico dei medicinali*), si ritrova la prescrizione dell'oppio come sedativo¹⁹.

Nel **papiro di Ebers** (figura accanto) 1.500 a.C., scritto egizio di centodieci pagine contenente una raccolta di settecento formule e rimedi curativi di vario genere, in cui si ritrovano molte erbe e sostanze psicoattive: tra queste lo *shepen*, l'oppio, considerato un antidolorifico efficace o un efficiente rimedio contro il pianto dei bambini; la



shenshenet, la cannabis, contro l'ansia e altri malesseri, somministrata per inalazione o anche per via orale, rettale e vaginale; il *tkheret*, una parte non identificata del salice piangente utilizzata per uso interno come analgesico; il *rermet*, la mandragora, usata come sonnifero e per le punture d'insetto; l'*elleboro*, usato come anestetico, si trova invece un medicamento che mette in fuga il pianto dei bambini a base di capsule di "*mehes*", con tutta probabilità capsule di papavero¹⁴.

Nelle civiltà greca e romana l'oppio ricorreva nei miti (potrebbe essere a base d'oppio il *nepente*, il farmaco che Elena versa nel vino per lenire la sofferenza provocata dai ricordi che emergono, dolorosi, dai racconti di Menelao in occasione della visita di Telemaco¹²) ed era presente in moltissimi tipi di pozione tra cui la **theriaca** (dal greco *Therios*, usato per indicare la vipera o gli altri animali velenosi in genere), antichissimo rimedio polifunzionale che per ben 18 secoli veniva preparato ed usato come rimedio per ogni male, la cui invenzione si fa risalire a *Crautea*, medico del famoso Mitridate, re del Ponto.

Nell'antica Grecia l'oppio trovò anche accaniti oppositori come: *Eristrato*, medico a Ceo 500 anni prima di Cristo, scrisse che "l'utilizzo dell'oppio dovrebbe essere completamente abbandonato perché rende dipendenti"; *Diagora di Melo*, filosofo del 300 a.C., arrivò a dire che "è meglio soffrire di dolori che diventare dipendenti dall'oppio".

Di contro **Ippocrate** raccomandava l'oppio contro numerosi mali e **Asclepio di Bitinia** (129-40 a.C.), il padre della teoria atomistica (intuì infatti che la materia è composta da atomi), non lesinava ai suoi pazienti sofferenti il *diacodion*, sciroppo a base di papavero da lui preparato.

Nell'antica Roma si deve a **Galeno** la diffusione fra i medici della *theriaca* o *triaca*, perfezionata dal cretese **Andromaco il Vecchio**, medico personale di Nerone, che aggiunse nuove erbe e sostanze (in tutto 74), tra cui anche una discreta quantità di oppio (proveniente rigorosamente da Tebe, in quanto considerato di qualità superiore rispetto a quello Turco)¹³. Marco Aurelio ne usò in grande quantità, per cui viene considerato da alcuni storici il primo imperatore oppiomanaco¹². Galeno teneva così tanto all'oppio da affermare che "*sine opio medicina claudicat*".

L'oppio costituiva il principio curativo fondamentale della farmacopea araba e da questa passò quindi nella medicina europea, dove rappresentò sino al XIX secolo la sostanza più usata. In tutta Italia la più famosa teriaca era quella veneziana, in quanto Venezia, con i suoi commerci verso l'Oriente, aveva maggior accesso ai suoi ingredienti migliori.

Tale farmaco venne perfezionato nel tempo e utilizzato fino all'alto Medioevo e alla nascita delle prime università. San Benedetto da Norcia, nel '500, scrive nelle *Regole* che l'oppio è "infirmorum cura ante omnia et super omnia" ed i suoi monaci amanuensi riportano le prime ricette per l'anestesia in preparazione di interventi chirurgici a base di oppio (*Ypnoticum adiutorium*)⁷. L'oppio diventa così il composto più presente nei rimedi contro il dolore e, in seguito, il suo uso viene ufficialmente approvato e consigliato prima dalla Scuola salernitana, successivamente dalle Università.

La teriaca era il rimedio sovrano per un'infinità di malattie che spaziavano dalle coliche addominali alle febbri maligne, dall'emicrania all'insonnia, dall'angina ai morsi delle vipere e dei cani, dall'ipoacusia alla tosse. Veniva

utilizzata per frenare la pazzia e per risvegliare gli appetiti sessuali, per ridare vigore ad un corpo indebolito, nonché per preservare dalla lebbra e dalla peste.

Con il trascorrere dei secoli l'interesse per questo polifarmaco a poco a poco scemò, e nonostante non lo si utilizzasse più, a fine Ottocento lo si trovava ancora iscritto in farmacopee di numerosi paesi, Italia compresa, tanto che fino al 1850 lo si preparava ancora a Venezia ed a Napoli venne prodotto fino al 1906²⁰.

L'Inquisizione proibì l'uso dell'oppio in medicina, tanto che *Giambattista Della Porta*, medico e studioso di tossicologia, autore dell'opera *Magia Naturalis*, venne accusato di magia nel 1579 per aver trasgredito al divieto⁶.

Si deve all'alchimista svizzero un po' stravagante, ed alquanto egocentrico, dei primi del cinquecento, che si faceva chiamare **Paracelso** (come sopra accennato, per chiarire che lui era più grande del grande medico Celso), l'invenzione della *tintura di oppio* o *laudano*. Questo farmaco venne perfezionato nel 1.680 dal reverendo **Thomas Sydenham**, il quale stabilì l'esatta percentuale di oppio che doveva essere presente nella tintura (10%)⁴: da questo momento la *tintura di oppio* o *laudano* trova una più sicura e ampia applicazione rispetto ai secoli precedenti in cui l'incertezza posologica favoriva sovradosaggi spesso letali.

Nel *Ricettario sanese* redatto dai frati camaldolesi in Siena nel 1777 si trova comunque la raccomandazione che tale tintura "non si ponga in opera senza l'approvazione di prudente medico e sempre con gran circospezione"¹⁰. Nel 1836 venne pubblicato *Enchiridion medicum*, trattato di medicina del medico personale del Re di Prussia, **Christopher Wilhelm Hufeland**, che attribuì l'appellativo di "veri e propri eroi" a tre rimedi, il salasso, i farmaci emetici e l'oppio: di quest'ultimo affermò che "di tutti i rimedi nessuno, più di questo, riesce a ridurre in modo così efficace o far sparire, come per incanto, per un certo periodo di tempo, dolore e paura!"³.

Il Settecento conobbe la *polvere di Dover*, dal nome di un medico e bucai- niere: capitano Thomas Dover, che la usò come calmante e sonnifero negli stati febbrili¹⁸.

Nel 1805, ad opera di un giovane far- macista tedesco, **Friedrich Sertür- ner**¹⁶, giovane garzone della farmacia Klein di Paderborn in Germania, fu isolata dall'oppio, una sostanza dieci volte più potente, cui fu dato il nome di *morfium* in onore di Morpheus (il dio greco del sonno), poi mutato in morfina in forza di una nuova nomen- clatura chimica introdotta da Louis Joseph Gay Lussac⁹. Ovidio narra che uno dei suoi tre figli, Morfeo, in- viando sogni, porta sempre con sé un mazzo di papaveri con cui, sfiorando le palpebre dei dormienti, dona reali- stiche illusioni.

Nel 1818 **Wilhelm Meissner** inventò il termine *alcaloide* per descrivere le sostanze di origine vegetale che rea- givano come se fossero degli alcali⁵. La morfina è la capostipite di una vera e propria dinastia (codeina, tebaina, papaverina, meperidina, nalorfina, nalossone, pentazocina, ecc.).

Fra tutte queste varianti un posto di rilievo spettò alla *diacetilmorfina*, scoperta da **Alder Wright** nel 1874 e ribattezzata *eroina* dal tedesco *heroisch*, perché descritta come *far- maco eroico*, ritenuto più affidabile della morfina da **Heinrich Dreser**⁶ e capace di superare ogni dolore. Nel 1897 la Bayer ne annunciava il lancio propagandandolo efficace "Contro tutti i dolori, sedativa della tosse, per la cura dei tossicomani".

Nella prima metà dell'Ottocento, l'i- solamento della morfina dall'oppio e la successiva messa a punto della siringa ipodermica fecero aumentare enormemente le possibili applicazioni terapeutiche, ma allo stesso tempo moltiplicarono i rischi di abuso. Verso la fine del secolo la morfina si mostrava come una piaga sociale e si calcola che nella Parigi dei primi del '900 esistessero circa 1.200 fumerie clandestine; successivamente, l'uso dell'oppio è stato proibito a causa dell'elevato numero di decessi che si registrava dopo il suo impiego¹¹.

Negli Stati Uniti e nel Regno Unito, prima degli inizi del Novecento, la vendita di oppiacei era assolutamente libera e l'uso quasi domestico. Mor- fina e laudano erano presenti in pre- parazioni vendute al pubblico come rimedio per tosse, raffreddore, diar- rea e mal di denti; esisteva addirittura uno sciroppo, chiamato *rimedio della signora Winslow*, venduto comunemente dal 1830 al 1910 per i disturbi di dentizione nei bambini, nonostante avesse un contenuto tale di morfina da mandare in overdose circa la metà dei soggetti che l'avessero assunto senza esserne assuefatti.

L'utilizzo iniziò a cambiare quando, nel timore di un abuso sociale e in- dividuale di morfina, venne introdotta una regolamentazione più rigorosa (1914), ma si deve comunque arri- vare fino al 1953 per assistere a un riscatto della morfina: un anestesista italo-americano, **John Joseph Boni- ca**, dell'ospedale militare di Madigam a Washington, scrisse che i narcotici ed in particolare la morfina, quando usati precocemente, non avevano ri- vali come analgesici nelle patologie inoperabili. Da tale affermazione si sviluppò un dibattito internazionale che portò, nel 1973, al primo mee- ting internazionale sul dolore, in cui si stabilì che il sollievo dal dolore da cancro era un diritto fondamentale di ogni malato.

Nel 1986, l'Organizzazione Mondia- le della Sanità pubblicò *Cancer Pain Relief*, le prime "linee guida" per il con- trollo del dolore da cancro, in cui si dava indicazione all'utilizzo di farmaci oppioidi secondo principi tuttora vali- di: assunzione regolare di oppioidi, a orari fissi, con possibilità di dosi al bi- sogno, utilizzando prioritariamente le vie di somministrazione più semplici come quella orale.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Thomas W. Africa, 'The Opium Addic- tion of Marcus Aurelius', *Journal of the History of Ideas*, 22 (1961), 97-102.
- 2 Witke CE, ' Marcus Aurelius and Mandragora', *Classical Philology*, 60 (1965), 23-24.
- 3 Hufeland CW, *Enchiridion Medicum O Guida Alla Pratica Medica. Eredità Di*

Un'esperienza Di Cinquant'anni., 3° Edizione (Berlin: Jonas 1836).

- 4 Capasso F, De Pasquale R, and Gran- dolini G, *Farmacognosia : Botanica, Chimica E Farmacologia Delle Piante Medicinali* (Milano: Springer, 2011).
- 5 Chaste F, *I Farmaci 3. Dall'età Roman- tica Alla Medicina Moderna, Storia Del Pensiero Medico Occidentale* (Roma- Bari: Laterza, 1998).
- 6 Lugoboni F, *Analgesici Oppioidi Uso, Abuso E Addiction* (Verona Edizioni CLAD Onlu, 2015).
- 7 Lauriello G, *La Scuola Di Salerno E La Sua Chirurgia* (Giuseppe de Nicola Editore, 2017).
- 8 Racagni G, Nobili C, and Tiengo M, *Farmaci Nella Terapia Del Dolore* (Mi- lano: Edi Ermes, 1985).
- 9 Robinette G, *Did Lin Zexu Make Morphine* (Palala Press, 2015).
- 10 Olmi GD, *Ricettario Sanese Diviso in Quattro Parti*. Vol. Tomo 2° (Siena: Lu- igi e Benedetto Bindi, 1777).
- 11 Haeger K, *Storia Illustrata Della Chi- rurgia* (Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1989).
- 12 Omero, 'Odissea I v', 219-21
- 13 Nencini P, *Il Fiore Degli Inferi. Papave- ro Da Oppio E Mondo Antico*. (Franco Muzlo Editore, 2004).
- 14 Veiga P, *Health and Medicine in An- cient Egypt: Magic and Science* (Mu- nich: Bar Archaeopress, 2009).
- 15 Melzack R, and Wall P, *La Sfida Del Dolore* (Padova: Piccin, 1988).
- 16 Schmitz R, 'Friedrich Wilhelm Sertür- ner and the Discovery of Morphine', *Pharmacy in History*, 27 (1985), 61-74
- 17 A Sherratt, *Sacred and Profane Sub- stances: The Ritual Use of Narcotics in Later Neolithic Europe*. ed. by Garwo- od P et al. Vol. 32, *Sacred and Profa- ne: Proceedings of a Conference on Archaeology, Ritual and Religion* (Ox- ford: Oxford Comitee for Archaeology, 1991).
- 18 Osler W, 'Thomas Dover, M.B. (of Dover's Powder), Physician and Buc- caneer', *Acad Med*, Sep 82 (2007), 880-81.
- 19 Wikipedia, Biblioteca Nazionale Cen- trale di Firenze.
- 20 www.infoshocktorino.



Bioetica e Medical Humanities: una nuova rubrica per Verona Medica

Iniziamo con questo numero di Verona Medica la pubblicazione di una rubrica fissa con un articolo su temi di Bioetica e Medical Humanities.

Questa iniziativa, proposta dal Comitato di Bioetica dell' OMCeO di Verona, intende richiamare l'attenzione dei professionisti sulla importanza dei valori e dei principi etici a fondamento della professione e sulla necessità che nella pratica di cura alle competenze di tipo tecnico-scientifico ed organizzative si uniscano competenze di tipo umano e relazionale, che possano aiutare a comprendere e a sostenere i diversi bisogni delle persone con malattia e sofferenza.

La relazione Medico-Paziente, fondamento etico della cura¹

Luciano Vettore

*Comitato di Bio-etica dell'Ordine
dei Medici e Odontoiatri di Verona*

Una delle lamentele più frequenti espresse dalle persone quando parlano della loro salute riguarda la qualità delle loro relazioni con i medici: lamentano soprattutto di non sentirsi abbastanza ascoltati quando pensano di avere bisogno di cure, ed è opinione diffusa che questa carenza nelle relazioni tra medici e pazienti sia l'aspetto più rilevante – e preoccupante – della crisi attuale della Medicina.

Ma se ciò è vero è necessario cercare le cause per individuare poi i rimedi adatti. E come nelle pratiche di cura la diagnosi chiede l'individuazione dell'etiologia, e questa s'indaga e si scopre rilevando i sintomi, così

anche le cause del fenomeno che cercheremo di analizzare chiedono come prima tappa di individuarne le manifestazioni, delle quali sembrano essere in parte responsabili sia i medici che i pazienti.

Le responsabilità dei medici

Anche come conseguenza della formazione universitaria molti medici prestano una maggiore attenzione agli aspetti biologici della malattia piuttosto che ai bisogni complessivi della persona sofferente; questo si manifesta spesso in modo rilevante nell'uso di termini tecnici di significato non immediatamente comprensibile da molti pazienti, e comporta una netta prevalenza del medico nelle decisioni di cura anche quando un paziente bene informato potrebbe dare un contributo positivo in queste

decisioni; l'attuale sviluppo della medicina scientifico-tecnologica da una parte accentua la naturale asimmetria tra il curante e il curato e dall'altra ri-propone - in modo diverso, ma non meno negativo - il paternalismo che da sempre rappresenta una tentazione per i medici nel rapporto con i loro pazienti.

A rinforzare queste difficoltà comunicative gioca la rilevanza crescente della medicina specialistica – per l'appunto fondata sulle conoscenze scientifiche e sulle applicazioni tecnologiche – rispetto alla medicina generalistica, capace di tenere conto dei bisogni complessivi delle persone sofferenti. Di questo dà dimostrazione in particolare la medicina ospedaliera, nella quale le strutture specialistiche sono potenziate a scapito di quelle di medicina generale.

¹ Relazione presentata il 26 marzo 2019 presso il Centro Civico "Tommasoli" nel programma de "La Scuola per genitori ed educatori di Prospettiva famiglia"

Si deve peraltro constatare che le caratteristiche sopra descritte della medicina attuale, sono fonte di disagio più o meno consapevole anche per gli stessi medici, frustrati dalle innumerevoli e sempre crescenti incombenze burocratiche, che a loro volta – oltre che essere ben poco stimolanti - sottraggono tempo al ben più importante impegno di cura; forse la tirannia del tempo può spesso costituire un alibi per giustificare la frettevolezza dei rapporti con i pazienti: un alibi perché una buona organizzazione temporale del proprio lavoro può migliorare notevolmente la situazione. Tuttavia è evidente un crescente disagio nell'esercizio della professione medica, che in parecchi casi cerca una sorta di compenso nella libera professione con le sue gratificazioni anche economiche; libera professione peraltro favorita dalla tendenza crescente delle politiche sanitarie che purtroppo stanno penalizzando per ragioni meramente economiche le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, uno dei migliori se non il migliore del mondo occidentale, del quale non si apprezzano mai a sufficienza i meriti; e nella misura in cui le finalità di un sistema sanitario sono condizionate da fattori economici a scapito dell'impegno nelle cure, il primo elemento che ne risente è la relazione d'aiuto rivolta non al profitto, bensì al benessere della persona sofferente.

Le responsabilità dei pazienti

D'altra parte, per le influenze reciproche delle diverse componenti di un sistema complesso, anche alcuni comportamenti dei pazienti influenzano negativamente le relazioni con i loro curanti. Questi comportamenti sono condizionati principalmente dal desiderio di autonomia dei pazienti stessi, desiderio in sé positivo nella misura in cui si oppone agli atteggiamenti paternalistici, purché non pretenda di esercitare competenze non possedute e di dettare ai curanti decisioni diagnostiche e terapeutiche che richiedono una formazione professionale specifica.

Purtroppo queste pretese sono alimentate dalla facile disponibilità di fonti informative improprie, quali le trasmissioni televisive che per lo più

parlano non dei fattori della salute e degli strumenti per mantenerla, bensì delle malattie nelle loro manifestazioni, spesso facendo considerare come patologiche anche situazioni fisiologiche legate alle fasi biologiche della vita come, per esempio, le manifestazioni naturali dell'adolescenza, della menopausa e dell'invecchiamento. Inoltre un apporto rilevante al desiderio di autonomia nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche di pazienti sempre più esigenti è dato da Internet, consultato in modo acritico e sostanzialmente incompetente.

Ne deriva l'adozione diffusa di pratiche improprie di salutismo più che di tutela efficace della salute, quali sono diete spesso cervelotiche, cioè del tutto prive delle qualità positive quando non addirittura nocive che propongono, un'attività fisica quantitativamente e/o qualitativamente abnorme rispetto agli indubbi vantaggi di un'attività fisica equilibrata, l'abuso di cosmetici e il ricorso ingiustificato a interventi di chirurgia estetica; il tutto in omaggio a una pretesa irrealistica di un'eterna giovinezza, al rifiuto dell'invecchiamento fisiologico, fino al rifiuto della sofferenza come componente gestibile ma ineliminabile della condizione umana.

Inoltre tutto ciò si accompagna spesso ad abitudini negative dei soggetti che chiedono di essere curati, quale è il ricorso inappropriato all'uso di farmaci e ad esami diagnostici; le manifestazioni più frequenti di tali abitudini sono: l'autoprescrizione e la richiesta abnorme di farmaci sintomatici (un farmaco per ogni disturbo); l'interruzione o il prolungamento volontari dell'assunzione di farmaci prescritti con posologie precise differenti; i rischi derivanti dall'associazione personale ingiustificata e perciò pericolosa di più farmaci; l'uso irrazionale perché non necessario dei così detti "integratori"; il ricorso sempre più frequente alle medicine "alternative" per la loro presunta non nocività, perché prescritte in consultazioni in cui si realizza con il prescrittore una relazione soggettivamente soddisfacente e perché si apprezzano - pure soggettivamente - i risultati positivi per lo più in effetti attribuibili all'effetto "placebo".

Spesso le abitudini negative (degli ammalati e sovente anche dei loro familiari) si accompagnano alla rivendicazione aggressiva di diritti sanitari presunti, tanto che si ritiene giustificata la rivalsa anche economica del fruitore di cure insoddisfatto, rivalsa che non tiene conto della fallibilità incolpevole – il rischio immanente dell'errore - in un'attività di cura di per sé complessa, difficile e strutturalmente gravata dall'incertezza; tutto questo avulso dal senso di responsabilità per il curato accanto a quella del curante e dalla disponibilità del primo a partecipare responsabilmente alla tutela della propria salute, con il risultato di un pericoloso squilibrio tra diritti e doveri.

Gli atteggiamenti sopra descritti - sia dei pazienti che dei medici - portano frequentemente all'incomprensione tra curanti e curati, che si manifesta in comportamenti di "medicina difensiva" da parte dei medici e alla denuncia di malasana per ogni esito di cura diverso dall'atteso da parte degli ammalati, nonostante gli enormi innegabili progressi – scientifici e pratici – della Medicina attuale, che cura anche se non guarisce molte malattie fino a pochi decenni fa responsabili della morte precoce di vaste fasce di popolazione; Medicina che oggi ha il merito indiscutibile di un sensibile prolungamento della vita, ancorché gravato dalla cronicizzazione di molte patologie.

Perché sta succedendo tutto questo?

Si può affermare che la medicina moderna ha subito una metamorfosi significativa a partire dagli anni '50, perché solo da allora l'intervento dei medici non si è più limitato a osservare, descrivere e riconoscere i fenomeni, ma è diventato capace di cambiare in modo non sporadico la storia naturale delle malattie e quindi la sorte dei malati.

Prima dell'era della chimica e quindi della farmacologia industriale, mancando le "pillole" – almeno quelle efficaci – il medico poteva agire quasi soltanto con la parola; il suo ruolo sociale universalmente riconosciuto era quello del consigliere e del consolatore.

Negli anni '50 sono iniziati i veri progressi della medicina scientifica e la medicina cambiava nel bene, ma – purtroppo – anche nel male: alla medicina della persona (quella impersonata dal “caso clinico”) si andava affiancando con forza la medicina delle popolazioni (per esempio quella fondata sui risultati dei trials clinici controllati); alla medicina delle ipotesi e delle teorie si è andata sostituendo la medicina delle evidenze scientifiche che richiede dimostrazioni sperimentali delle proprie affermazioni; tutto questo ha indubitabili aspetti positivi, ma alla relazione empatica capace di confortare si è troppo spesso sovrapposto l'assordante silenzio delle tecnologie, o il linguaggio contorto delle burocrazie, ai quali sembra legarsi fatalmente una medicina diventata strumento pubblico, complesso, collettivo e molto costoso, e perciò bisognevole anche di una organizzazione efficiente.

Inoltre, accanto al cambiamento del modo di fare medicina, sono cambiate anche la domanda e l'offerta di salute: le malattie del benessere e del progresso (cardiovascolari, tumori, traumi) hanno preso il posto delle malattie infettive; l'invecchiamento, frutto dei progressi terapeutici, comporta la prevalenza delle polipatologie e delle disabilità conseguenti.

I problemi economici che questi cambiamenti a loro volta comportano hanno portato alla trasformazione di un “welfare state” – per anni fin troppo prodigo – nell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, che ha trasformato un bene non negoziabile com'è la salute in un bene di consumo, e nella gestione del bene salute sono diventati prevalenti il risparmio e il profitto stabilendo rapporti discutibili tra medicina, economia e finanza.

Le conseguenze etiche e la relazione di cura

Questo – sia pure in prima approssimazione – è lo scenario sconfortante nel quale spesso oggi si gioca la relazione tra medico e paziente, relazione che si dibatte tra conflittualità e complicità nella ricerca improbabile di una effettiva collaborazione tra un medico che dovrebbe saper consigliare sa-

pientemente (cioè secondo scienza e coscienza) e un cittadino che dovrebbe imparare a essere giudice e vero responsabile della qualità della propria vita.

Di fatto si è verificata invece una disumanizzazione della medicina, conseguente alla banalizzazione della relazione di cura.

Si pone quindi come urgente una riumanizzazione della Medicina, che è sostanzialmente un problema di etica della cura che è sostanzialmente etica della relazione.

L'etica della cura ha i suoi fondamenti nei principi generali della bioetica:

- il principio di *Autonomia*, secondo in quale ogni persona ha diritto di rifiutare il trattamento e di prendere parte al processo decisionale diagnostico e terapeutico;
- il principio di *Beneficenza* che esige che ogni atto medico sia attuato nell'esclusivo interesse del paziente;
- il principio di *Non Maleficenza*, che vieta qualsiasi atto medico che possa causare danno al paziente;
- il principio di *Giustizia*, che obbliga alla distribuzione equa e giusta della cure a tutti i pazienti, problema che si pone soprattutto in caso di risorse limitate.

L'esercizio di questi principi, è indispensabile affinché nella relazione tra medico e paziente si realizzi un'alleanza di cura, che non è solo un'alleanza terapeutica, perché comporta la condivisione di tutte le decisioni, la partecipazione collegiale ad esse di tutti i curanti e la loro proporzionalità; quest'ultima esclude terapie futili e inefficaci, ma anche condanna l'abbandono del paziente quando non sono più disponibili terapie capaci di modificare positivamente la prognosi; tuttavia in questo caso – come in ogni condizione di sofferenza pure in malati non terminali – nell'alleanza di cura debbono subentrare le terapie palliative, capaci di alleviare le sofferenze, fino all'accompagnamento alla morte del malato terminale.

Questi principi sono stati recentemente sanciti dalla Legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), che consente ad ogni persona

maggiormente e capace di intendere e di volere di esprimere anticipatamente le proprie volontà rispetto a decisioni di cura che si rendessero necessarie in futuro, in condizioni in cui la persona stessa non fosse in grado di esprimere le proprie volontà; la norma prevede anche la possibilità che la persona indichi un “fiduciario”, che possa essere interprete e garante delle volontà della persona rappresentata.

Inoltre, la stessa legge prevede che nel corso di una patologia cronica e invalidante, o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, nel percorso di cura può essere effettuata una “pianificazione condivisa delle cure” (PCC) tra il paziente ed i curanti, alla quale i medici e l'équipe di cura sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi in una condizione di incapacità; tale accordo diretto tra curante e curato realizza pienamente in una relazione personale l'alleanza di cura.

La Medicina partecipativa

L'etica della relazione di cura trova in particolare la sua migliore espressione nella così detta *medicina partecipativa*, nella quale i professionisti della salute e i pazienti fanno ciascuno la propria parte non da sponde contrapposte, bensì in un'alleanza che ha come fine comune la cura efficace, finalmente nutrita di una vera relazione empatica; quest'ultima infatti si nutre validamente della condivisione reciproca dei racconti informali ma “veri” dei medici (ma anche di tutti gli altri operatori sanitari) e dei loro pazienti. Questa disponibilità all'ascolto e alla narrazione sono le condizioni necessarie alla partecipazione responsabile del paziente alla “gestione” della propria salute, partecipazione che si fonda sul fatto incontestabile che nessuno più di lui può avere esperienza diretta della propria sofferenza, cioè del suo vissuto.

In questo contesto si parla oggi di “paziente esperto”: con tale espressione si sottolinea il ruolo rinnovato del paziente che mette a disposizione la propria esperienza di malattia, che solo lui può conoscere fino in fondo, per aiutare e personalizzare il processo di cura.

Ma per diventare effettivamente “esperto” il paziente (che non è il paziente “saccente”, che crede di poter acquisire e utilizzare in proprio le conoscenze mediche) ha bisogno di essere educato; ma - come per tutti i processi educativi - anche questo ha uno sviluppo bidirezionale in quanto le conoscenze che nascono dalla personale esperienza del paziente aiutano i curanti nell’esercizio della cura stessa, e fanno crescere anche le conoscenze utili su caratteristiche “nascoste” della malattia; potremmo dire addirittura che pure lo sviluppo delle conoscenze scientifiche può essere aiutato dall’esperienza diretta dei pazienti. In questa prospettiva la co-produzione di conoscenza è un elemento essenziale della medicina partecipativa.

In sintesi, in essa il medico porta la propria competenza tecnico-scientifica (ma anche la propria umanità), il paziente porta l’esperienza di sofferenza e del proprio vissuto di malattia, diventando co-costruttore e corresponsabile della propria salute, ed entrambi si educano reciprocamente a costruire una relazione rispettosa dei rispettivi ruoli, basata sulla conoscenza e sulla stima reciproca.

L’educazione all’etica della relazione

Tuttavia anche il medico deve essere educato a questa qualità della relazione: infatti come prima cosa è necessario educare i professionisti della cura non solo al senso critico, alla problematicità, al confronto dialettico delle idee e delle scelte, ma anche e in pari misura ai valori della comprensione, della tolleranza, del rispetto, cioè a valori squisitamente etico-umanistici, cioè all’etica del dubbio e della responsabilità.

Affinché il medico sia fedele a questi valori non basta nutrirlo di competenze scientifiche, fargli conoscere la psicologia, renderlo esperto nelle tecniche della comunicazione, ma si deve anche aiutarlo a conoscere se stesso affinché impari a rendere fertili le proprie emozioni; insomma bisogna renderlo “esperto in umanità”.

Per questo, oltre a fornirgli i contenuti e gli strumenti professionali appro-



priati per agire è necessario aiutarlo a maturare le attitudini e le motivazioni che si riflettono in prima istanza sulle qualità della relazione interpersonale: affinché una comunicazione diventi relazione non basta parlarsi; è indispensabile essere disposti a farsi raccontare, imparare ad ascoltare, chiedere per capire, aiutare a capire, partecipare e condividere; questi sono infatti i connotati di quella che si definisce come *relazione empatica*.

Strumenti necessari ad acquisire queste capacità sono sicuramente le tecniche della comunicazione, che oggi si insegnano nelle nostre Scuole di Medicina ma non sono sufficienti; infatti è pur vero che l’empatia probabilmente non si può insegnare né apprendere a scuola, perché non è un’abilità ma un’attitudine, cioè è il frutto di una ricchezza personale: ma allora *per far crescere l’attitudine empatica bisogna far crescere le doti della persona*. A questo può contribuire la formazione alle Medical Humanities.

Purtroppo in questa formazione - o meglio, in questa educazione - sono ancora carenti molte Scuole di Medicina, che forniscono una preparazione - per lo più buona - alle attività diagnostiche e terapeutiche, limitate a curare le malattie, mentre fatica a farsi strada l’attenzione a prendersi cura della persona sofferente.

La personalizzazione della Medicina

In sintesi, alla base dell’etica della cura sta la trasformazione della me-

dicina delle malattie in medicina della persona, alla quale peraltro stanno fortunatamente aprendosi anche i settori più avanzati della ricerca biomedica, quali sono la genetica e l’immunologia.

Strumento fondamentale della personalizzazione della medicina, e quindi dell’etica della relazione di cura, è la parola, che è essa stessa strumento irrinunciabile della cura in tutti i suoi momenti: dalla prevenzione, alla diagnosi, alla prognosi, alla terapia e alla riabilitazione; infatti non c’è relazione senza parola, e la relazione empatica, come si è visto più sopra, è una relazione d’aiuto che si realizza soprattutto mediante la parola.

In particolare due possono essere le “applicazioni” più efficaci della parola nella relazione di cura: la medicina narrativa e le abilità di counselling, alle quali purtroppo gli operatori sanitari italiani non sono formati abitualmente dalle istituzioni educative.

Dopo tutto ciò che è stato detto fino a questo punto sarebbe inopportuno perché eccessiva una trattazione di queste applicazioni, e pertanto ci dobbiamo limitare alle loro definizioni:

La *Medicina narrativa* ha numerose applicazioni, e per quanto attiene all’argomento qui trattato insegna al paziente a narrare le proprie esperienze e al medico ad ascoltarle e a prenderle in considerazione in un dialogo aperto anche agli aspetti esistenziali e non limitato alla descrizio-

ne dei sintomi clinici. Nella medicina della persona la Medicina narrativa (NBM: Narrative Based Medicine) e la Medicina basata sulle prove di efficacia (EBM: Evidence Based Medicine) trovano una sintesi virtuosa perché coniugano i risultati delle conoscenze scientifiche con le aspettative individuali della persona ammalata. Ma per realizzare tale sintesi sono necessari professionisti della cura che abbiano una consapevolezza equilibrata, si potrebbe dire “sapienziale”, di quanto la realtà sia complessa e composta, e che sappiano quindi riflettere per prendere decisioni sagge: allora la “medicina narrativa” troverà la sua ragione fondamentale soprattutto nell’aiutare la formazione di “professionisti riflessivi”, capaci di entrare in relazione empatica con le persone, e per questo utili alla loro salute fisica e psichica.

Le *abilità di counselling* non riguardano la capacità del curante di fornire al curato “buoni” consigli, bensì consistono nell’aiuto al paziente a espri-

mere i *propri* valori e le *proprie* istanze. L’approccio complessivo appena descritto è finalizzato a conseguire *la condivisione informata delle scelte*, che comporta il riconoscimento della reciproca necessità nel costruire e poi declinare in corsi di azioni uno scenario di cura “su misura”; tale risultato è più valido e significativo del così detto *consenso informato*; infatti l’obbligo deontologico al consenso informato, oramai consueto in ogni decisione medica, è di per sé uno strumento necessario ma non sufficiente, in quanto troppo spesso si è trasformato in un’incombenza burocratica, impropriamente finalizzata a proteggere i sanitari - oltre tutto in modi inefficace - da persecuzioni giudiziarie più che a rendere effettivamente partecipe il paziente di decisioni importanti per la sua vita e per il suo benessere.

Al contrario l’arte del counselling è fatta di domande più che di risposte, cioè di un dialogo partecipato che trasforma il consenso informato da adesione passiva alle prescrizioni in con-

divisione responsabile delle scelte; in altri termini è – proprio attraverso la parola che spesso diventa narrazione – uno strumento di responsabilizzazione, mai un mezzo di plagio comunicativo. Dovrebbe pertanto esercitarsi soprattutto nel modificare gli stili di vita non solo degli ammalati, ma anche e soprattutto dei cittadini sani e quindi essere uno strumento essenziale alla prevenzione delle malattie.

Insomma e per concludere, mi pare utile richiamare l’incipit di questo contributo, ripetendo che il fine essenziale di una Medicina degna di questo nome non è solo quello di curare le malattie, ma anche di prendersi cura delle persone sofferenti; questo fine non può realizzarsi se non grazie a un rapporto autentico, intellettuale ma anche affettivo, tra curanti e curato, cioè senza una relazione empatica che è sostanzialmente un impegno etico: questo mi ero riproposto di condividere con i lettori di questo contributo, e spero di non avere troppo deluso le loro aspettative.

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

Ricetta non ripetibile - firma digitale

Sono pervenute a questa UOC delle segnalazioni relative all'invio, a mezzo di email, ai relativi assistiti di ricette da rinnovare volta per volta (non ripetibili) e di ricette ripetibili, sulle quali è stata apposta la firma digitale del medico prescrittore.

In riferimento al suddetto fenomeno, si ricorda che la prescrizione di medicinali ricompresi nelle classi terapeutiche prescrivibili mediante ricetta ripetibile (Tabella n. 4 della F.U. della Repubblica Italiana XII ed., di cui all'allegato 6 del DM 17.05.2018) o mediante ricetta non ripetibile (Tabella n. 5 della F.U. della Repubblica Italiana XII ed., di cui

all'allegato 7 del DM 17.05.2018), va effettuata con ricetta recante la firma in originale del medico. La consegna al paziente delle suddette ricette a mezzo di email, impiegando la firma digitale, infatti, oltre a non essere consentita, potrebbe indurre l'assistito a stampare più volte la medesima ricetta che potrebbe essere presentata in farmacie diverse, annullando di fatto la non ripetibilità della ricetta nel caso delle ricette da rinnovare volta per volta.

Ciò è particolarmente rilevante per specialità medicinali quali ad esempio il Tachidol, appartenente alla tabella medicinali, sezione D, di cui

al D.P.R. n. 309/1990 e s.m.i. (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope), che richiede la prescrizione di una ricetta non ripetibile la quale, alla dispensazione del farmaco, deve essere ritirata dal farmacista che lo conserva per i successivi sei mesi. Al fine di evitare che il fenomeno si diffonda, si prega di informare per quanto di competenza il più ampio numero possibile di medici prescrittori.

Distinti Saluti

SERVIZIO FARMACEUTICO
TERRITORIALE ULSS9

IL DIRETTORE
DOTT. LUIGI MEZZALIRA

Natura della scheda sanitaria individuale del MMG

Non vi è identità di vedute sulla natura della scheda sanitaria individuale e sui relativi obblighi giuridici e responsabilità del medico di medicina generale, che ne è anche il custode. Cerchiamo pertanto di fare un po' di chiarezza tenendo presente la normativa che l'ha prevista e le finalità della sua istituzione.

La scheda è stata introdotta dall'articolo 31 dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale (dpr 270 del 28 luglio 2000) il quale prevede, a carico del medico generalista convenzionato con il Ssn, un vero e proprio obbligo giuridico di tenere, compi-

lare e custodire questo documento di ciascuno dei suoi assistiti quale strumento tecnico-professionale finalizzato a migliorare la continuità assistenziale e anche per consentirgli di collaborare a eventuali indagini epidemiologiche.

Sempre in base alla stessa norma, il generalista deve inserire nella scheda tutti i dati relativi allo stato di salute dell'assistito, provvedendo all'aggiornamento della stessa in caso di variazioni. È altresì obbligato alla conservazione dei dati rispettando le norme sulla privacy (legge 675 del '96 come modificata dal decreto legislativo 196 del 30

giugno 2003 entrato in vigore dall'1° gennaio 2004).

Ma quali norme regolano la scheda sanitaria e quali le differenze rispetto alla cartella clinica?

La prima importante differenza rispetto alla cartella clinica è che la scheda sanitaria è destinata esclusivamente all'uso del medico di fiducia dell'assistito contenendo la sua storia clinica e assumendo rilevanza, sempre per il generalista, anche ai fini delle certificazioni richieste dall'assistito.

Per contro, la cartella clinica, compilata per ogni ricovero ospe-

daliero, è destinata anche ai rapporti esterni e può essere richiesta addirittura da terzi quando particolari esigenze lo impongano (decreto legislativo 196 del 2003).

Tuttavia, **la scheda, al contrario di quanto avviene per la cartella clinica che costituisce un vero e proprio atto pubblico**, nonostante sia compilata da un pubblico ufficiale (quale appunto il medico generalista convenzionato) non acquista un tale valore a meno che, in alcune situazioni, la sua esibizione sia necessaria, come nel caso di ricovero ospedaliero urgente. In tale ipotesi, infatti, il medico generalista è tenuto a compilare sia la richiesta di ricovero sia la "scheda di accesso in ospedale" in cui deve indicare le ragioni cliniche della richiesta di ricovero urgente, i dati anamnestici, i provvedimenti terapeutici eventualmente in corso e gli accertamenti diagnostici effettuati. In questi frangenti, dunque, la scheda sanitaria acquista la natura di atto pubblico solo in quest'ultima evenienza. Negli altri casi ha valore di certificazione.

La Corte di cassazione non si è mai occupata specificamente della problematica relativa alla natura e alla rilevanza della scheda individuale sanitaria redatta dal generalista.

In una recente decisione ha tuttavia affrontato l'analoga questione della natura della ricetta medica redatta dal medico di medicina generale (Sezioni unite penali della Cassazione, sentenza 6.752 del 7 giugno 1998).

Al riguardo la Suprema corte afferma che **la ricetta medica non è un atto pubblico, ma una certificazione amministrativa** anche se redatta da un pubblico ufficiale quale appunto il medico generalista.

E ciò in quanto con essa il sanitario si limita a compiere un'attività amministrativa che attesta il diritto dell'assistito all'erogazione dei farmaci.

Diversamente, nel caso in cui il generalista attesti in una certificazione di aver personalmente compiuto una

determinata attività a favore del proprio assistito e di aver accertato la sussistenza di uno stato patologico del medesimo in realtà inesistente, allora in tal caso detta certificazione assume la natura di atto pubblico. Quali le conseguenze?

Che, nell'ipotesi di ricetta falsa, è applicabile l'articolo 480 del codice penale che prevede il reato di falso in certificazioni amministrative punendolo con una pena fino a due anni di reclusione.

Mentre, nel caso di false certificazioni, sussiste il ben più grave reato di falso in atto pubblico punito dall'articolo 479 del codice penale con una pena fino a sei anni di reclusione.

Applicando questi principi all'ipotesi di compilazione della scheda sanitaria relativa a un assistito, in cui ad esempio il sanitario attesti falsamente l'avvenuta prescrizione di determinati farmaci o l'informazione ai fini del consenso informato, allora tale falsificazione rientrerà nell'ipotesi appena accennata del falso in certificazione amministrativa (articolo 480 codice penale), mentre nel caso in cui ad esempio il medico attesti falsamente nella scheda l'accertamento di uno stato patologico (in realtà inesistente) e poi lo riproduca nella richiesta di ricovero ordinario e urgente in ospedale, allora sarà prospettabile l'esistenza del più grave reato di falso in atto pubblico punito dall'articolo 479 del codice penale.

Va poi precisato che oggi **per il generalista è possibile sostituire (dpr 445 del 28 dicembre 2000 – Testo unico delle telecomunicazioni) la scheda individuale cartacea con una digitale.**

L'articolo 6 di tale dpr dispone che le pubbliche amministrazioni e i privati hanno facoltà di sostituire, a tutti gli effetti, i documenti dei propri archivi e gli altri atti dei quali per legge sia prevista la conservazione su supporto informatico purché sia garantita la conformità con i documenti originali.

Si pone a questo punto il problema di indicare il **numero di anni nei quali il medico generalista è tenuto alla conservazione della scheda sanitaria. La legge nulla dice specificamente al riguardo.** Bisogna, quindi, far riferimento alla cartella clinica. Ed anche per la cartella non esiste una disposizione di legge che indichi con puntualità i tempi di conservazione.

Secondo l'opinione prevalente, convalidata dalla circolare del ministro della Sanità del 19 dicembre 1986, indirizzata agli assessori regionali della Sanità, **la sua conservazione è illimitata** rappresentando essa un atto ufficiale destinato a garantire la certezza del diritto e a costituire fonte per le ricerche in campo sanitario.

Quest'ultima tesi oggi deve ritenersi avvalorata dal testo unico sulla privacy (decreto legislativo 196 del 30 giugno 2003) in cui è prevista la possibilità di chiunque intenda far valere un proprio diritto innanzi al giudice il cui riconoscimento è collegato all'accertamento del contenuto della cartella clinica che potrà essere acquisita in ogni tempo.

Parecchi anni fa vi fu una circolare del ministro della Sanità (la 162 del 5 agosto 1968) che consigliava un periodo minimo di conservazione di 25 anni, tuttavia tale circolare deve ritenersi superata dalla successiva del 19 dicembre 1986 di cui si è innanzi parlato.

Va da sé, a questo punto, che quanto detto per la cartella clinica vale anche per le schede individuali sanitarie redatte dal medico di famiglia per il proprio assistito.



Prestazioni professionali relative a sostituzione tra Colleghi. Serve la fattura elettronica

Con l'Interpello n. 78 del 19 marzo 2019, l'Agenzia delle Entrate ha finalmente chiarito che, in ambito sanitario, le prestazioni professionali inerenti i rapporti c.d. B2C (Business To Consumer*) non devono essere documentate attraverso la fatturazione elettronica, limitatamente al periodo di imposta 2019.

Sotto il profilo normativo, l'esclusione dalla fatturazione elettronica, per tutte le prestazioni sanitarie svolte nei riguardi delle persone fisiche, si ricava dalla interazione di n. 2 specifiche disposizioni, e precisamente: dall'art. 10-bis del D.L. 23 ottobre 2018, n. 119 (convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2018, n. 136) che esonera dalla fatturazione elettronica coloro che sono obbligati a trasmettere i dati al Sistema Tessera Sanitaria; e dall'art. 9-bis, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135**, che ha esteso l'esonero, di cui al punto precedente, anche ai soggetti che, pur operando in ambito sanitario (ad esempio, i podologi, i fisioterapisti, i logopedisti, ecc.) non sono tenuti all'invio dei dati al Sistema Tessera Sanitaria, con esclusivo riferimento alle fatture per prestazioni effettuate nei confronti delle persone fisiche.

Da un impianto normativo così articolato discende che, limitatamente al periodo di imposta 2019, **le prestazioni professionali che, invece, non sono fatturate direttamente a persone fisiche (ovvero a pazienti) per specifiche attività assistenziali/sanitarie – c.d. B2B (Business to Business***) – andranno tutte documentate attraverso la fatturazione elettronica via Sdi (Sistema di Interscambio).**

Nell'ambito dei rapporti B2B – per i quali è disposta la fatturazione elettronica - **sono da ricomprendersi anche i rapporti fra il medico sostituto ed il sostituito**, considerando che tali fatture non devono essere trasmesse al sistema T.S. e non recano dati sensibili, limitandosi ad indicare le prestazioni di attività professionale in sostituzione rese nel periodo.

Di conseguenza, **le prestazioni professionali relative a sostituzione tra Colleghi (B2B) nell'ambito della Medicina Generale devono sempre essere documentate a mezzo fatturazione elettronica.** L'obbligo di emettere la fatturazione elettronica, però, non sussiste per l'ipotesi in cui il medico sostituto sia un soggetto annoverabile fra i c.d. "nuovi forfettari", di cui alla legge 23 dicembre 2014, n. 190, come modificata dall'art. 1, commi da 9 a 11, della L. 30 dicembre 2018, n. 145. Conseguentemente, ove il volume di affari dovesse rientrare nella soglia di 65.000,00 € (sessantacinquemila,00), il Medico sostituto sarebbe, in ogni caso, esonerato dall'emissione della fattura in formato elettronico, fermo restando il suo diritto di poter optare, anche in un secondo momento, per il regime ordinario, attraverso una comunicazione nel Quadro VO della dichiarazione annuale IVA, da presentarsi successivamente alla scelta operata (c.d. a consuntivo).

LA COMMISSIONE
FISCO FIMMG

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

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

Il corso è un ulteriore elemento, tra tutti gli interventi già messi in atto dalla FNOMCeO, per diffondere le conoscenze sul fenomeno della violenza e delle possibili azioni preventive, ma soprattutto per promuovere la cultura della tolleranza zero nei confronti delle sempre più numerose manifestazioni fisiche e verbali contro gli operatori sanitari.

Vi ricordo che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha riconosciuto la violenza contro gli operatori sanitari tematica di interesse nazionale (delibera del 15 marzo 2018) perciò gli eventi residenziali concernenti tale questione che intenderete organizzare avranno un numero di crediti incrementato rispetto alla norma (+0,3 crediti/ora).

Preparazioni magistrali a scopo dimagrante. Condannato per omicidio colposo un medico

Si ritiene opportuno segnalare che con la sentenza della Corte di Cassazione Penale n. 8086/19, già pubblicata sul sito web di questa Federazione nella sezione sentenze, che è stata confermata la condanna per omicidio colposo di un medico endocrinologo e diabetologo per aver prescritto alla propria paziente, nel corso della dieta dimagrante a cui era sottoposta, il farmaco fendimetrazina nonostante il divieto di prescrizione e somministrazione dell'anzidetto farmaco introdotto dal D.M. del 24/01/2000 e, comunque, per aver violato le disposizioni contenute nel D.M. 18/09/1997 in punto di durata del trattamento farmacologico (prescrivibile per un periodo non superiore a tre mesi), per averlo prescritto pur conoscendo i rischi che lo stesso

poteva comportare e per aver somministrato alla paziente, unitamente alla fendimetrazina, altre sostanze farmacologicamente attive senza considerare lo stato psico-fisico della paziente (che aveva perso circa 7 kg di peso al mese) ed omettendo di acquisire le informazioni amnestiche e di disporre accertamenti clinici strumentali per valutare l'opportunità del trattamento farmacologico prescritto.

Si legge nella sentenza che: "In relazione alla scelta del medico di somministrare un farmaco potenzialmente pericoloso, esattamente la sentenza impugnata richiama il principio coniato da questa Corte per il quale egli non va esente da colpa se ometta un'attenta valutazione e comparazione degli effetti positivi del farmaco

rispetto ai possibili effetti negativi gravi ed ometta il costante controllo, nel corso della cura, delle condizioni del paziente".

Si rileva che la Corte di Cassazione ha ribadito che sul medico, portatore di una posizione di garanzia rispetto al paziente che a lui si affida, grava un obbligo di adeguata gestione del rischio che, nel caso di specie, è stato del tutto disatteso.



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'attività del Garante della Privacy: sintesi della Relazione al Parlamento

L'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, composta da Antonello Soro, Augusta Iannini, Giovanna Bianchi Clerici, Licia Califano, presenta oggi la Relazione sull'attività svolta nel 2018.

La Relazione chiude il settennato del Collegio presieduto da Antonello Soro e illustra i diversi fronti sui quali è stata impegnata in questi anni l'Autorità. La Relazione fa inoltre il punto sullo stato di attuazione della legislazione in materia alla luce del [Regolamento Ue](#) e indica gli scenari che si aprono per la protezione dei dati personali.

L'obiettivo dell'Autorità è stato in questi anni quello di rispondere alle sfide poste dai nuovi modelli economici fondati sullo sfruttamento dei dati e, di conseguenza, alle accresciute esigenze di tutela dei diritti fondamentali delle persone, assicurando una sempre più efficace protezione dei loro dati.

Il 2018 ha peraltro rappresentato per l'Autorità una tappa di grande importanza con l'entrata nella sua piena applicazione del nuovo Regolamento Ue in materia di dati personali, che ha introdotto nuovi diritti per gli individui e nuove responsabilità per chi, soggetti privati o pubblici, tratta i dati.

Gli interventi più rilevanti

Il 2018 ha visto una serie di interventi centrati innanzitutto sulle rilevanti novità introdotte dal Regolamento Ue e sulle grandi questioni legate alla tutela dei diritti fondamentali delle persone nel mondo digitale: in particolare, le implicazioni etiche della tecnologia; le grandi piattaforme; i big data;

gli algoritmi ad uso sociale; la pervasività delle diverse forme di controllo e la raccolta dei dati; la profilazione on line, anche a fini di condizionamento dell'opinione pubblica; le fake news; la cybersecurity; l'Internet delle cose; il revenge porn.

L'anno appena trascorso è stato caratterizzato da fatti clamorosi che hanno messo a rischio la sicurezza informatica di milioni di persone in tutto il mondo. E sotto il profilo degli utilizzi illeciti dei dati personali sulle piattaforme social, va ricordato il caso Cambridge Analytica, che ha visto l'intervento dell'Autorità, volto ad accertare le responsabilità e a mettere in guardia sui rischi per la libertà delle persone da forme distorte di influenza politica. Il Garante ha vietato a Facebook l'ulteriore trattamento dei dati degli utenti italiani, riservandosi di avviare un procedimento sanzionatorio.

È proseguito il lavoro svolto per assicurare la protezione on line dei minori, in particolare riguardo ai possibili rischi insiti negli smart toys. Per combattere il fenomeno del cyberbullismo il Garante ha predisposto, alla luce dei nuovi compiti assegnati dal legislatore, misure e procedure per la rimozione dei contenuti offensivi e ha siglato un protocollo di intesa con la Polizia postale e con alcuni [Co.Re.Com.](#) con l'obiettivo di rafforzare il sistema di tutele e attivare una rete di intervento tempestiva e coordinata a protezione delle giovani vittime.

Il Garante ha fornito indicazioni sull'uso dei droni a scopo ricreativo e su come difendersi dai software dannosi, in particolare dal ransomware, il programma informatico diffuso per

bloccare un dispositivo elettronico (pc, tablet, smartphone, smart tv), o criptare i dati in esso contenuti (foto, video, file), e chiedere un riscatto per "liberarlo".

Nel mondo del lavoro il Garante ha indicato le garanzie per la raccolta delle impronte digitali per i dipendenti pubblici a fini di lotta all'assenteismo e ha fissato le regole per l'uso delle nuove tecnologie, con particolare riguardo alla geolocalizzazione dei lavoratori. È intervenuto a vietare i controlli massivi su mail e smartphone dei dipendenti e prassi di valutazione del loro operato lesive della dignità.

Sul fronte cybersecurity l'Autorità ha proseguito anche nel 2018 l'attività di vigilanza e intervento procedendo d'ufficio o a seguito di specifiche segnalazioni o comunicazioni relative a violazioni di dati personali (data breach), alcune delle quali particolarmente gravi. Ha inoltre dato una serie di puntuali prescrizioni per la messa in sicurezza di una piattaforma di partecipazione politica.

In ordine ai trattamenti di dati per fini di sicurezza nazionale e alle garanzie da assicurare ai cittadini, è stata rafforzata la cooperazione con l'intelligence con la sigla di un nuovo protocollo d'intenti con il Dis.

Nel 2018 si sono consolidati i criteri per l'esercizio del diritto all'oblio e per la sua tutela al di là dei confini europei.

Nel settore della sanità il Garante è intervenuto con un provvedimento generale a chiarire come attuare le novità introdotte dal Regolamento Ue.

In materia di trasparenza on line della P.a. il Garante ha richiamato le amministrazioni a rispettare canoni di proporzionalità e a contemperare obblighi di pubblicità degli atti e dignità delle persone. È intervenuto a bloccare la diffusione on line, su siti di amministrazioni pubbliche, di dati sensibili delle persone. Ha fissato precise regole per l'esercizio del diritto di accesso civico.

L'Autorità ha chiesto garanzie riguardo al nuovo censimento permanente, che prevede l'integrazione di banche dati e l'uso massivo dei dati dell'intera popolazione.

Una particolare azione è stata intrapresa per aumentare il livello di sicurezza della Pa digitale e per rafforzare le garanzie per i cittadini nell'attuazione dello Spid.

Per quanto riguarda il sistema della fiscalità, il Garante ha individuato i presupposti e le condizioni perché l'Agenzia delle entrate potesse avviare il nuovo obbligo della fatturazione elettronica e ha chiesto e ottenuto tutele per evitare trattamenti sproporzionati dei dati personali dei contribuenti.

Anche riguardo al reddito di cittadinanza, l'Autorità ha chiesto e ottenuto una serie di misure atte ad impedire un monitoraggio troppo invasivo sulle scelte di consumo individuali e per conformare il meccanismo di riconoscimento, erogazione e gestione del reddito di cittadinanza alla normativa europea.

Ha inoltre prescritto misure tecniche riguardo all'accesso alla dichiarazione dei redditi precompilata da parte di contribuenti, Caf e soggetti autorizzati. Particolare impegno è stato rivolto anche nel 2018 alla messa in sicurezza delle grandi banche dati pubbliche, prima fra tutte quella dell'Anagrafe tributaria.

Nel settore della giustizia, l'Autorità ha proposto misure per assicurare maggiori garanzie nell'uso dei captatori informatici a fini investigativi.

Sul fronte della tutela dei consumatori il Garante ha dettato regole per il trattamento dei dati effettuato at-

traverso i totem pubblicitari nelle stazioni ferroviarie ed ha proseguito l'impegno contro il telemarketing aggressivo con l'applicazione di pesanti sanzioni agli operatori che utilizzano i dati degli abbonati senza il loro consenso. Il Garante ha accertato rilevanti illeciti da parte di società di telefonia, ha svolto ispezioni presso diversi call center e ha suggerito al legislatore modifiche normative per rafforzare le garanzie dei cittadini.

Un capitolo importante ha riguardato il rapporto tra privacy e diritto di cronaca. Il Garante è intervenuto più volte per stigmatizzare gli eccessi di morbosità che caratterizzano un certo modo di fare informazione e per assicurare le opportune tutele innanzitutto nei confronti delle vittime di violenza sessuale e dei minori coinvolti in fatti di cronaca.

Il 2018 ha visto il Garante costantemente impegnato nell'azione di supporto a imprese e pubbliche amministrazioni e in una intensa attività di formazione in vista della definitiva applicazione del Regolamento Ue in materia di protezione dei dati.

L'attività internazionale

Non meno rilevante e intensa l'attività del Garante a livello internazionale, che a livello Ue è stata caratterizzata soprattutto dalla definitiva applicazione del nuovo Regolamento in materia di protezione dei dati (GDPR), il 25 maggio 2018.

Con il nuovo Regolamento, l'Advisory Board, che riuniva le Autorità dei 28 Paesi Ue, è stato sostituito dal nuovo "Comitato europeo per la protezione dei dati", con un ruolo non solo consultivo, ma anche decisionale. Il Garante ha continuato a fornire i propri contributi prima all'Advisory Board e poi al Comitato: in particolare, riguardo all'elaborazione di importanti Linee guida sull'interpretazione e l'applicazione delle disposizioni del Regolamento (Ue), tra le quali quelle sul consenso; sulla trasparenza; sui registri dei trattamenti; sulla profilazione e le decisioni automatizzate; sull'adeguatezza del Paese terzo in caso di trasferimenti di dati extra Ue; sui data breach.

Il Garante partecipa, inoltre, dal 25 maggio 2018 ai meccanismi di cooperazione ("sportello unico") e coerenza previsti dal Regolamento, attraverso scambi quotidiani di informazioni e documentazione (in particolare concernenti decisioni su reclami transfrontalieri) sul sistema IMI utilizzato allo scopo. Le riunioni svolte a Bruxelles sono state 66.

Per quanto riguarda altri settori di attività che hanno visto l'apporto del Garante, occorre ricordare in primo luogo il parere reso dal Comitato europeo sul progetto di decisione relativa all'adeguatezza del Giappone ai fini del trasferimento di dati personali, (successivamente al quale la Commissione europea ha emanato la relativa decisione finale), nonché l'attività connessa agli sviluppi del progetto di Regolamento Ue relativo alla e-privacy (riguardante le comunicazioni elettroniche).

Da sottolineare anche l'attività del Garante italiano per il Consiglio d'Europa, che - attraverso l'apposito Comitato incaricato di seguire le questioni di protezione dati presieduto da una rappresentante del Garante italiano - ha concluso i lavori tesi alla "modernizzazione" della Convenzione 108 del 1981 sulla protezione dei dati e ha predisposto anche [Linee guida in materia di intelligenza artificiale](#), Raccomandazioni per la tutela della privacy nei media e una Guida pratica sull'utilizzo dei dati personali per finalità di polizia.

Rilevante anche l'attività svolta in seno all'OCSE, in particolare riguardo alla sicurezza e alla tutela della privacy nell'economia digitale. Si è intensificata anche la collaborazione nell'ambito di gruppi internazionali (quali la Global Privacy Enforcement Network, GPEN), che promuovono interventi congiunti e mirati di verifica del rispetto della normativa in materia di protezione dei dati.

Intenso il lavoro svolto in rapporto alle attività di controllo sull'applicazione nazionale dei regolamenti Ue concernenti il sistema Schengen, Europol (Ufficio europeo di polizia) e VIS (Sistema dei visti).

De artificiale intelligentia

Intelligenza: complesso delle facoltà mentali e psichiche che consentono all'uomo di ragionare, di comprendere la realtà, di fronteggiare situazioni nuove (Zingarelli, 2006).

E va sottolineato che il dizionario fa riferimento a capacità umane.

Artificiale: detto di ciò che è ottenuto dall'attività umana mediante procedimenti tecnici (Zingarelli, 2006).

Per sottolineare come in due parole sia sintetizzato il divenire dell'uomo, di noi tutti. L'uomo con le sue capacità di ragionamento ha creato il suo futuro, il futuro dell'umanità.

Ma cos'è, o meglio, cos'era e cosa sarà l'intelligenza artificiale?

La narrazione liberale, cioè l'ideologia, i concetti e i comportamenti liberali, sono sopravvissuti e si sono sviluppati nella seconda metà del XX secolo dopo gli sconvolgimenti causati dalle narrazioni totalitarie, dittatoriali, del comunismo, del nazismo e del fascismo. I concetti del liberalismo occidentale non erano e non sono però espandibili a tutte le civiltà del nostro pianeta. Conseguentemente iniziò a disegnarsi un profondo divario ideologico o politico tra zone anche contigue del pianeta. Esempi di queste profonde crepe sono storia: gli Olandesi ad esempio, che nel 1940 in 4 giorni persero la loro indipendenza sotto le cannonate della Wehrmacht, cessata la guerra in breve tempo rimisero insieme il loro esercito per inviarlo subito in Indonesia e cercare, inutilmente, di rioccupare la loro ex colonia.

Ma oggi sono le economie di produzione e di mercato, tutte rispecchiate nelle banche di riferimento, a disegnare i confini delle potenze. Cina, Russia, Stati Uniti, CEE, paesi emergenti, tracciano le mappe del potere. I paesi islamici, seppur con le gravi complicazioni ideologico/religiose che ne opprimono le con-

dizioni di vita, fanno comunque parte del grande quadro. Ma non sono le parole che possono delineare la loro realtà. Sono le gambe. Gli uomini votano con le gambe. Per un giovane ideologizzato verso la cultura islamica, che lascia il suo paese, Francia o Inghilterra o Canada che sia, arruolandosi nelle fila degli islamici attivi, quanti giovani islamici invece, pur originari di paesi storicamente appartenenti all'Islam, lasciano la loro terra per cercare rifugio e vita nei paesi occidentali?

Ed è anche così, con spostamenti di popolazioni, col commercio, le comunicazioni, con internet, che la narrazione liberale ha ceduto il passo alla narrazione globale. Leggi globalizzazione. E anche nonostante vi siano ovunque tentativi di riaganciare il passato per rianimarlo (Brexit, oppure "Make America great again", o lo zarismo di Putin, gli esempi non mancano).

Il fatto è che questo liberalismo di ritorno non è più in grado di garantire quel benessere economico ed ecologico che vorremmo. La tecnologia avanza, fa comodo a tutti, ma la rivoluzione tecnologica, che vive di

invenzioni sempre più destabilizzanti, produce crescita economica, questa crea nuove tecnologie e queste mettono in crisi l'ecosistema. Come il famoso gatto. Di queste realtà si nutre l'intelligenza artificiale. Intelligenze artificiali e biotecnologie da poco hanno cominciato a invadere la nostra vita ma la maggior parte degli abitanti di Parigi, o Mombasa, o Rio o Ulan Bator non sono consapevoli del loro potenziale impatto sulla nostra vita.

Pensiamo al lavoro. Apprendimento automatico e robotica impatteranno pesantemente sul lavoro, ovunque. Come avvenne nell'era dell'industrializzazione, questo pensiero oggi pone a tutti gravi preoccupazioni per il mantenimento, numerico, delle posizioni di impiego. Come a quei tempi ci si preoccupava per la perdita occupazionale per attività di lavoro fisico, oggi si teme per le attività di lavoro cognitivo. L'intelligenza artificiale supera le capacità prestazionali dell'uomo in un gran numero di mansioni e competenze. E le scoperte biochimiche di come si sviluppino le dinamiche emotive umane, i suoi desideri e le sue scelte, preoccupano poiché i grandi computer, le grandi



macchine, analizzando e capendo il comportamento umano potrebbero, in futuro, sostituirsi a noi.

Le neuroscienze e l'economia comportamentale sono qui a dimostrarcelo. I nostri neuroni vengono esplorati intimamente, l' "intuizione umana" oramai è riconosciuto null'altro essere se non il "riconoscimento di modelli". Quindi i nostri comportamenti sono divenuti prevedibili. Le aggressioni pubblicitarie quotidiane che Google, Facebook o Amazon mettono in atto ne sono prova. Entrano in scena gli algoritmi. Giganteschi complicatissimi algoritmi che acquisiscono i dati delle nostre scelte, dei nostri comportamenti, li elaborano, li capiscono e li fanno propri. Come noi non saremmo mai in grado di fare. Si comincia a capire perché l'intelligenza artificiale sia, concretamente, un'intelligenza. Un'intelligenza, inoltre, facilmente aggiornabile. Ed ecco le paure, le preoccupazioni, per i limiti superati. Quali sono i limiti, invece, dell'intelligenza artificiale?

Dato per scontato che essa sarà in grado in un futuro prossimo o lontano di superare le nostre intelligenze, vi è comunque un sostantivo, una parola, che ancora rappresenta un limite invalicato. Questa parola, la nostra salvezza, almeno per ora, è "sentimenti". Le macchine non pro-

vano sentimenti, o almeno ancora non li provano. Voglio esemplificare. Qualsiasi algoritmo di qualsiasi macchina, non prova sentimenti quali amore, stupore, invidia, pietà. Sono ancora sostantivi che ci appartengono, prerogative dell'uomo che ci pongono ad un livello superiore di qualsiasi gigantesco computer. Sui sentimenti l'umanità ha creato e sviluppato gli apici dei suoi prodotti, nel bene e nel male.

Gli odi tribali, antichi, hanno portato battaglie e guerre ma anche sviluppo sociale. La pietà ha spesso impedito dolori. La curiosità ha animato la scienza e i suoi prodotti. L'amore è alla base della sopravvivenza della specie. L'arte non esisterebbe senza sentimenti.

Nessun governo, nessun oligarca, auguriamocelo, si sognerebbe mai oggi di concedere a un'intelligenza artificiale di manovrare le leve del potere di una guerra. Immaginate un teatro di guerra coinvolgente popolazioni non armate: le stringenti logiche matematiche di un computer sono completamente disinteressate al prezzo in dolore e morte da pagarsi per vincere una battaglia. Quindi nessun valore alle vite dei civili, nessuna censura all'uso di armi "eticamente proibite". Ai giorni nostri, per fortuna, sono ancora gli uomini che comandano e che combattono, e an-

che se spesso assistiamo a episodi di inaccettabile crudeltà, pur tuttavia questa non è la regola. Lo sarebbe invece nel caso in cui un'intelligenza artificiale avesse il potere di comandare in guerra, priva di scrupoli etici per conquistare la vittoria.

Ciò che stiamo facendo e non facendo potrebbe addirittura sembrare un gigantesco suicidio di massa. Le macchine, non dimentichiamolo, non hanno bisogno di un ecosistema in equilibrio, come noi, per "vivere". O meglio, "sopravvivere". Quanto durerà?

Impossibile rispondere. Certo è che se algoritmi sempre più sofisticati saranno in grado di leggere e capire le scelte dell'uomo, se le biotecnologie potranno spiegare i modelli alla base delle scelte, se anche e purtroppo vi saranno uomini che non avranno scrupolo a creare macchine in grado di elevarsi sull'uomo e di autodefinirsi, allora si che l'umanità avrà raggiunto la sua fine e occorrerà pensare a un livello superiore di esistenza. Sarà la quarta dimensione? Chissà. Ci estingueremo? Forse. Facciamone un film, abbiamo grandi registi e sceneggiatori che altre volte hanno preconizzato futuri poi realizzati. Avanti il prossimo.

FRANCESCO BOVOLIN

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

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

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

Amministrazione Difensiva

Quello che è sconcertante nella storia che vi sto per raccontare è che la storia è vera. I personaggi, anche se i loro sono nomi di fantasia, sono reali. Angela è l'infermiera caposala, Elena una infermiera sua sottoposta. Entrambe lavorano in una Casa di Riposo della nostra Regione.

Oreste è il paziente.

Ha 92 anni, è nella Casa di Riposo da alcuni mesi. Ha una demenza senile e qualche volta, quando le forze glielo permettono, è capace di ribellarsi e tentare di menare se qualcuno gli vuol fare quello che non gli aggrada. La sua situazione dentaria è grave: è quasi edentulo ed ha un paio di incisivi inferiori che si muovono in modo pericoloso. Rischiano di staccarsi da un momento all'altro e di finirgli in gola e da qui...chissà... magari anche in trachea (specie se si dovesse staccare mentre dorme).

Marta, che è il medico che lo segue, non conosce questo suo problema; o meglio sa che quasi tutti i pazienti della casa di riposo hanno problemi con i denti, ma è una cosa per la quale non ha molti mezzi a disposizione. Le consulenze odontoiatriche in genere non sono gratis e la maggior parte dei pazienti non se le possono permettere, oppure ci hanno rinunciato.

Un bel giorno Angela, preoccupata per i due denti di Oreste, prende una decisione. Chiama Elena e le chiede di tener fermo Oreste mentre lei, con le dita della mano e aiutandosi con una garza, decide di estrarre i due denti pericolanti. L'operazione richiede poco (i denti stavano per cadere da soli) e il gemizio di sangue che segue l'estrazione è minimo, ma sufficiente a colorare lo sputo con cui Oreste investe in faccia Elena che lo teneva fermo. Marta non è presente al fatto e quando, il giorno dopo, viene informata dei fatti, pensa di se-



gnare la cosa sulla cartella di Oreste scrivendo anche che ha controllato la sua situazione gengivale, che il gemizio non c'è più, il paziente sta bene ed è tranquillo. Per lo sputo ematico che l'ha investita in faccia e negli occhi, consiglia Elena di rivolgersi al Pronto Soccorso denunciando il fatto e attivando i percorsi (anche INAIL) previsti per le evenienze di esposizione a rischio infettivo da contatto accidentale con liquidi organici. Qui cominciano i guai.

Innocenzo, che è il Direttore del Distretto da cui dipende la casa di riposo, viene a conoscenza dei fatti, fa la sua indagine, e alla fine informa Augusto, il Direttore dell'Istituto di Riposo, il quale decide di inviare un esposto alla Procura della Repubblica ipotizzando, a carico di Angela, un abuso di professione (odontoiatrice in questo caso). Innocenzo decide di informare dei fatti anche il Direttore Generale dell'Azienda e ottiene il consenso avvia un procedimento disciplinare a carico di Angela che si conclude con la sua sospensione dal servizio. Per Marta, il medico, si decide di avviare un procedimento disciplinare innanzi al Collegio Arbitrale imputandogli la colpa di non essersi preoccupata per tempo della situazione odontoiatrica di Oreste e di non avere tempestivamente informato il Coordinatore della casa di riposo di quanto era capitato.

Quando ho letto la documentazione di questa storia mi son venuti i brividi. Ho pensato a tutte le volte che le mamme o i papà provvedono a togliere ai loro pargoletti quel dente da latte che non vuol saperne di cadere da solo. Che siano da denunciare anche loro? Cosa faranno mai i miei colleghi pediatri in tali evenienze?

E quanto poco avveduta ha saputo essere la nostra collega Marta, che, inviando Elena al Pronto Soccorso per farle ottenere la denuncia INAIL, si è autodenunciata, per non avere ravvisato nel comportamento di Angela l'abuso di professione, magari anche per di aver agito senza un consenso informato valido (vista la demenza). Quanto sono stati bravi, invece, Innocenzo ed Augusto che hanno deciso di autotutelarsi avviando tutte quelle procedure che permetteranno loro di dimostrare che hanno fatto quanto era di loro competenza. Quale danno ne ha ricavato Angela che agendo preoccupata per Oreste ha compiuto un atto di "CURA" che, se non aveva tutti i crismi del lecito, era però dettato dalla voglia di aiutarlo.

Ho pensato che quella che stavo leggendo era una storia che confinava con il paradossale; che avrebbe potuto risolversi, con beneficio di tutti, avviando su quanto accaduto un confronto interno nell'equipe. Cosa che è peraltro prevista delle procedure del Risk Management.

Confronto in cui si fossero analizzati, tutti insieme (medico, infermiere, Direttore di Distretto) i fatti avvenuti, cercando di definire le singole competenze, identificando i rischi corsi ed i benefici ottenuti, definendo linee guida condivise per il futuro che definissero i percorsi più efficaci, idonei e sicuri. La conclusione a cui sono giunto è quella che la cultura del Risk

Management ci è ancora lontana. Ci è più vicina quella che ci vede preoccupati a porre in atto autotutele e a prendere le distanze da chi, magari anche in buona fede, sbaglia.

Anche se, in questo caso, non possiamo parlare di medicina difensiva, ma di "Amministrazione Difensiva".

ROBERTO MORA

AMMINISTRAZIONE DIFENSIVA (A TUTELA DELL'OPERATORE O DEL PAZIENTE?)

Ad una prima lettura il caso potrebbe effettivamente apparire "sconcerante" e alimentare istintive reazioni critiche nei riguardi di una burocrazia sanitaria intesa come disumana, opposta ad una comune visione di buona assistenza.

Tuttavia, riesaminando la vicenda da un altro punto di vista, si può proporre una **diversa valutazione** del comportamento dei protagonisti.

Suscita, innanzitutto, molte perplessità la **modalità di esecuzione** della manovra di estrazione dentaria: l'infermiera ha usato solo *"le dita di una mano aiutandosi con una garza"* (senza guanti né occhiali!) mentre una collega *"teneva fermo"* il paziente.

A prescindere dalla tecnica piuttosto "rudimentale", ci si deve chiedere se l'asportazione di elementi dentari (poco importa che fossero instabili) sia da ritenere un atto banale eseguibile anche da personale sanitario non medico o non vada piuttosto considerata un **intervento odontoiatrico** a tutti gli effetti, anche tenendo conto delle complicanze che si sarebbero potute verificare (ad esempio un'emorragia, un'infezione, la rottura di un dente ecc.).

Il confronto con circostanze simili può apparire suggestivo: si può richiamare infatti l'esempio, molto diffuso e frequente, del genitore che somministra farmaci o svolge altre pratiche curative sul figlio minore e che nessuno immagina di censurare. Va però sottolineato che anche in

questi casi ci si dovrebbe porre il problema della liceità di somministrare trattamenti sanitari **in mancanza di prescrizione medica**, dato che nemmeno i genitori sarebbero autorizzati a effettuare autonomamente pratiche mediche sui figli (a meno di condizioni di urgente necessità), specie quando si tratti di cure rischiose.

Ne potrebbero infatti conseguire pesanti responsabilità e a tale riguardo la casistica fornisce molti esempi: dalle circoncisioni "fai da te" a errori o abusi nella somministrazione di farmaci, dalla rinuncia a cure necessarie, all'imposizione di diete o regimi alimentari incongrui, ecc.).

Tra i due casi di "esercizio abusivo" (domiciliare e intraospedaliero) esiste peraltro anche una sostanziale **differenza**: la normativa vigente in tema di consenso (Legge 219/17) prevede che le decisioni in merito ai trattamenti sanitari competano al diretto interessato, oppure ai genitori nel caso dei minori e al rappresentante legale per gli incapaci; in base a ciò, dato che la maggior parte dei c.d. "trattamenti domiciliari" riguarda soggetti minori, il problema del consenso sarebbe risolto in partenza.

Nell'episodio avvenuto nella Casa di riposo non vi è stata invece alcuna manifestazione di consenso alla manovra decisa dall'infermiera: né, ovviamente, da parte del soggetto (incapace), né da parte di rappresentanti legali (assenti) né, infine, da parte dei familiari i quali, sebbene non titolari di potere decisionale, avrebbero dovuto almeno essere informati.

Nemmeno il **medico**, del resto, sembra **esente da critiche**; egli infatti non aveva tenuto sotto controllo una situazione clinica definita "pericolosa" (denti mobili in anziano demente) e non aveva ritenuto di intervenire. Da rilevare che in una condizione di urgenza o di pericolo imminente e di contestuale difficoltà di ricorrere ad un odontoiatra il medico stesso, anche se non specialista, avrebbe potuto/dovuto procedere alla manovra di estrazione sulla base di uno stato di necessità.

In effetti, nel caso in esame, si è verificata una **complicanza**, sotto forma di "spruzzo di sangue e saliva" nell'occhio dell'operatrice; a quel punto la sussistenza del rischio di un contagio rendeva obbligatoria una **denuncia di infortunio** all'INAIL (che effettivamente è stata presentata). Successivamente i vari Direttori, che avevano specifici doveri di sorveglianza e controllo dei dipendenti e di denuncia di eventuali infrazioni, hanno "dato seguito" al fatto, segnalando a vari livelli di autorità.

Si può convenire che essi abbiano agito in base ad un intento **"difensivo"** il quale però **non va** inteso come una banale azione di **auto-tutela**, bensì come un necessario (e obbligatorio) intervento finalizzato alla **protezione** della salute e dei diritti sia **degli operatori** che dei **pazienti/utenti**.

Infatti, se tutti avessero "sorvolato" sull'incidente, chi avrebbe dovuto rispondere per eventuali danni al paziente o all'infermiera, derivati da un comportamento irregolare **conosciuto e non segnalato**?

In sintesi, l'atto odontoiatrico di cui si discute è stato deciso ed eseguito dall'infermiera in **piena autonomia** (all'insaputa del medico, che pure era disponibile), senza che vi fosse un attuale stato di **urgenza** e, soprattutto, in mancanza di un **consenso**; tale azione appare quindi gravata da molteplici irregolarità e non è trascurabile il fatto che l'evento si sia verificato in una **struttura pubblica**, ove è legittimo presumere l'esistenza di particolari garanzie a tutela della salute e dei diritti della persona.

FRANCO ALBERTON



Sanità digitale. Italia fanalino di coda in Ue per spesa pro-capite. Al massimo usiamo mail e sms

L'Italia investe in sanità digitale solo 22 euro pro-capite contro i 60 della Gran Bretagna o i 40 della Francia, secondo i dati 2018 dell'Osservatorio Innovazione in Sanità Digitale del Politecnico di Milano emersi ad un convegno organizzato dalla Fondazione Roche. Mail e sms gli strumenti più utilizzati per comunicare con i medici.

A fronte di una maturata consapevolezza circa il ruolo che la digitalizzazione può giocare in sanità tanto nella erogazione di nuovi modelli di cura, quanto in favore della sostenibilità del Servizio Sanitario, l'Italia mostra ancora un quadro di arretratezza: appaiono insufficienti gli investimenti in sanità digitale da parte del sistema pubblico e privato, e poco digitale risulta la gestione del paziente cronico, e più in generale dei cittadini". Sono queste, in estrema sintesi, le conclusioni che si possono trarre dal convegno "Gestione del paziente cronico nell'era della digitalizzazione" che si è svolto oggi a Roma, a Palazzo Giustiniani, su iniziativa di Fondazione Roche.

"Nelle malattie croniche, la digitalizzazione è un tema di primo piano quando si ragiona in termini di programmazione degli interventi sociosanitari", ha detto, aprendo i lavori, la **prof.ssa Mariapia Garavaglia**, Presidente di Fondazione Roche. "In questi mesi, in occasione dei 40 anni del nostro Servizio Sanitario Nazionale, Fondazione Roche si è posta l'obiettivo di sostenere un dibattito sui valori sui quali esso si fonda: equità, uguaglianza e universalismo – ha aggiunto. In partico-



lare, il suo carattere universalistico può essere messo a dura prova dal divario tra risorse disponibili e bisogni dei cittadini e per rispondere a questi bisogni, garantendo la sostenibilità economica del sistema, le soluzioni digitali rappresentano una leva fondamentale per trovare nuovi equilibri."

A sostenerlo è anche il **prof. Paolo Locatelli**, Responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano "L'innovazione digitale rappresenta l'elemento utile a colmare il divario tra bisogni e risorse", ha detto illustrando come la digitalizzazione si debba declinare nei processi di rinnovamento organizzativo e tecnologico, ma anche di empowerment del paziente/cittadino e di sviluppo delle competenze degli operatori sanitari.

Cartella clinica, telemedicina, app, dispositivi indossabili, intelligenza artificiale, analisi dei big data e quant'altro, possono, quindi, contribuire a favorire il raggiungimento del traguardo della sostenibilità economica di lungo periodo del Sistema Sanitario Nazionale, contribuendo all'erogazione di un adeguato livello di qualità delle cure, con evidente

beneficio per il paziente e per il sistema Paese. Un traguardo, secondo la fotografia tracciata dall'Osservatorio del Politecnico di Milano, sulla base dei dati Istat e del secondo Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN, messa a dura prova dai numeri: a fronte di una spesa sanitaria complessiva, tra sistema pubblico ed esborso diretto dei cittadini, stabilizzatasi negli ultimi 5 anni intorno ai 145-150 miliardi di euro, il fabbisogno stimato per il 2025 si attesta intorno ai 210 miliardi, dato a cui si deve aggiungere il fatto che la popolazione italiana over 65 sia in forte crescita, rappresentando già oggi il 21,8 per cento del totale – uno dei dati più elevati nel mondo occidentale – e si proietta al 2051 a quasi il 35 per cento, oltre 1 su 3 cittadini.

"Emerge, in effetti – sottolinea il prof. Locatelli – una crescente consapevolezza che le soluzioni digitali possano giocare un ruolo fondamentale nel supportare la transizione verso nuovi modelli di cura.

La diffusione di tali soluzioni, tuttavia, stenta oggi a realizzarsi perché manca una orchestrazione coerente della transizione al digitale e perché oneri, rischi e benefici attesi dall'introduzione-

ne di nuovi strumenti e modalità di lavoro non sono percepiti come ripartiti equamente fra gli attori del sistema.” Secondo i dati dell’Osservatorio, infatti, la spesa complessiva per la sanità digitale in Italia, tra quanto investito da Ministero della salute, dalle Regioni, dalle singole strutture sanitarie e dalla rete della medicina generale, ammonta a 1,3 miliardi di euro (dati 2017), pari a circa 22 euro per cittadino. “Si tratta di un dato che pone l’Italia in posizioni di retroguardia – ha detto ancora. Si pensi che, senza arrivare ai valori di Paesi scandinavi come la Danimarca, che investe 70 euro, nazioni e sistemi a noi più vicini come quello francese o inglese ‘spendono’ quasi il doppio o il triplo: 60 euro per cittadino la Gran Bretagna e 40 euro la Francia.”

Ad oggi, il digitale nella continuità di cura è ancora poco sviluppato. Ad esempio, secondo un’indagine dell’Osservatorio: le soluzioni che abilitano l’interscambio di dati e documenti sui pazienti attraverso PDTA informatizzati vengono utilizzate solo dal 29 per cento delle aziende sanitarie, con professionisti sanitari dell’azienda ospedaliera appartenenti a diversi dipartimenti, e dal 23 per cento con professionisti all’interno di una o più reti di patologia.

Il supporto informatico alle attività di presa in carico del paziente risulta diffuso soprattutto per le attività gestionali e amministrative, come la gestione dei dati anagrafici dei pazienti (nell’80 per cento delle aziende) e la gestione delle prenotazioni (63 per

cento). L’informatizzazione stenta, invece, a diffondersi come strumento per la messa in atto di percorsi individualizzati secondo il principio della presa in carico stabile del paziente: solo in media 1 azienda su 3 utilizza un supporto digitale nella definizione, visualizzazione e aggiornamento di piani di assistenza individuale, per l’analisi dei dati dei pazienti e per mettere in comunicazione tutti gli attori del sistema salute.

Anche i cittadini risultano essere “poco digitali”, secondo L’Osservatorio del Politecnico. La mancanza di competenze sembra essere una forte barriera: sono tre su dieci i cittadini che non si sentono in grado di utilizzare questi strumenti, soprattutto fra i più anziani. Per avvicinare i citta-

SERVIZI DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)

La consulenza va richiesta al n. tel. 045 597902 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 mercoledì 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 lunedì e mercoledì dalle ore 09,00 alle ore 12,00.

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.

dini al digitale, dunque, è necessario aumentare l'offerta di servizi, formare i cittadini/pazienti e valorizzare le soluzioni affidabili e di valore.

I cittadini si mostrano ancora poco digitali anche nella comunicazione col proprio medico: ben sette su dieci preferiscono incontrarlo di persona. Fra coloro che si servono di strumenti digitali, la maggior parte utilizza l'email (15 per cento), poi vengono gli Sms (13 per cento) e infine WhatsApp (12 per cento). Fra i medici che non fanno uso di questi strumenti, uno su due teme che si possano creare incomprensioni con i pazienti ed è diffusa la preoccupazione che l'utilizzo di questi strumenti possa aumentare il carico di lavoro del medico e che possa comportare rischi legati a un mancato rispetto della normativa sulla privacy.

“L'utilizzo di strumenti digitali per comunicare con i propri pazienti è un segnale positivo di come i medici stiano acquisendo consapevolezza sull'importanza del digitale, che consente di rendere più veloce ed efficace lo scambio di informazioni. Si parla tuttavia di strumenti basilari, che spesso non necessitano di formazione specifica né di un cambiamento profondo a livello culturale.

È importante, invece, che i medici siano sempre più attenti alla propria formazione rispetto alle competenze digitali necessarie allo sviluppo di nuovi progetti di innovazione digitale utili a migliorare i processi e i servizi sanitari”, conclude il prof. Locatelli.

Infine, dati confermano come, in Italia, il 39,9 per cento dei residenti è affetto da almeno una malattia cronica (24.133.105 persone), mentre quelle con almeno due malattie croniche rappresentano il 20,9 per cento del totale (ISTAT 2018) e di questi, il 70 per cento risultano non aderenti alla terapia, che corrisponde ad un esborso da parte della Sanità italiana pari a circa 11 miliardi l'anno (dati AIFA).

Risulta, quindi, evidente come gli attuali approcci terapeutici standardizzati abbiano mostrato delle limitazioni e la personalizzazione della

cura può rappresentare una strada vincente per rompere questa inerzia clinico-terapeutica e gli strumenti digitali forniscono le dovute opportunità per renderla possibile.

La **prof.ssa Valeria Tozzi**, Associate Professor of Practice SDA Bocconi e Direttore del Master MiMS, Università Bocconi di Milano, ricorda, inoltre, come la gestione delle malattie croniche assorba tra il 70 e l'80 per cento delle risorse sanitarie. “Volevo sintetizzare – ha spiegato, quindi, la Prof.ssa Tozzi – esistono alcune tendenze che si stanno affermando nella gestione delle patologie croniche nel nostro Paese, che sicuramente trarrebbero vantaggio dalla digitalizzazione. Sono gli approcci di Population Health Management, quale evoluzione dei PDTA (percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali): integrare le informazioni di natura amministrativa provenienti dai big data delle Regioni e delle aziende sanitarie con quelle di natura sanitaria relative al paziente rappresentano una sfida importante; le cronicità ad alta complessità per le quali sono centrali il ruolo delle competenze specialistiche e delle risorse tecnologiche complesse oltre che il bisogno di una staffetta importante tra ospedale e territorio. Anche in questo ambito ha un ruolo fondamentale la tecnologia dedicata allo scambio di informazioni quale ad esempio la telemedicina.”

Suona a questo punto quanto mai appropriato l'auspicio di Fondazione Roche, “affinché Istituzioni, professionisti sanitari, associazioni dei pazienti, società civile, industria collaborino per estendere e rafforzare la digitalizzazione in sanità.

Tutto il mondo sta andando in questa direzione, la digitalizzazione è ormai di fatto in tutti gli ambiti un elemento chiave di unione.

Assume un ruolo ancora più rilevante nella vita di una persona con malattia cronica, costretta a convivere quotidianamente con la sua gestione.

Tutti gli strumenti che facilitino e semplifichino questa quotidianità, la

relazione con il medico e favoriscano maggiore aderenza alle cure non possono che dar vita a un sistema virtuoso, in favore della qualità di vita, della salute e soprattutto della dignità della persona. Senza dimenticare che maggiore aderenza alle cure equivale a minori costi per il Sistema Sanitario e, quindi, ottimizzazione nella disponibilità delle risorse”.

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 reminescenze, 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.

“Offre l’Italia”: al via la campagna FNOMCeO sulla fuga dei medici all’estero e la carenza di specialisti

“Laureata a Milano, medico a Berlino. Offre l’Italia”.
“Laureato a Bari, anestesista a Parigi. Offre l’Italia”.

Sono questi gli slogan che campeggiano sui manifesti della nuova campagna della **Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri** (Fnomceo), lanciata oggi a **Roma**, in occasione della **Conferenza stampa di apertura degli Stati Generali della Professione medica**. Accanto, le foto di due giovani medici in camice bianco.

Più sotto, i numeri: *“Ogni anno, 1500 medici vanno a specializzarsi all’estero. E non tornano. Costano all’Italia oltre 225 milioni”*. E una richiesta al Governo: *“Servono più posti di specializzazione”*.

“La campagna nasce con l’obiettivo di sensibilizzare gli italiani sul problema della carenza di medici di medicina generale e specialisti, e sulle possibili soluzioni – spiega il presidente della Fnomceo, Filippo

Anelli. Saranno infatti 14000 i medici così specializzati che mancheranno all’appello nei prossimi 15 anni”.

Un'emorragia dovuta all'ondata di pensionamenti attesa per il 2025, quando la cosiddetta ‘gobba pensionistica’ toccherà il suo apice e, se non arriveranno nuovi specialisti a sostituirli, il Servizio sanitario nazionale rimarrà senza chirurghi, anestesisti, ortopedici, ginecologi, medici di famiglia. Come rimediare? Abolendo, come spesso si sente proporre, il numero chiuso alla facoltà di medicina? *“In realtà i medici ci sono – risponde Anelli -: già oggi abbiamo almeno 10000 laureati che non chiedono altro che poter essere specializzati. Aprire gli accessi alla facoltà di medicina non farebbe che ingrandire la massa di medici che non riescono ad accedere alle Scuole di specializzazione e rimangono, innocuati, prigionieri nel cosiddetto imbuto formativo. Tra questi, i 1500 medici che, dopo essersi laureati in Italia, emigrano all'estero per specializzarsi,*

trovando subito sul posto un impiego a condizioni retributive e organizzative migliori delle nostre”.

“Abolire ora il numero programmato sarebbe dunque non solo inutile, ma controproducente – conclude -. Le soluzioni sono quelle che noi da sempre prospettiamo: aumentare il numero delle borse, e, su questo, il Governo ci ha in parte ascoltato, avendone aumentato il numero di 1800, portandole così a 8000; incrementare i posti per il Corso di Medicina Generale; contrattualizzare gli specializzandi dell’ultimo anno, liberando così risorse per altre 5000 borse; recuperare i fondi delle borse abbandonate, che oggi vanno persi”.

Tutto questo viene spiegato in uno slideshow, progettato per essere diffuso sui social. La campagna si articolerà infatti su più fronti: oltre ai manifesti 6x3 che saranno affissi, a cura degli Ordini provinciali, nelle varie città d’Italia, si svilupperà sulla stampa (quotidiani) e sui social, con la diffusione delle immagini e dello spot.

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.

Anelli, Fnomceo: 'Spot che invitano al contenzioso sanitario danno per SSN, sottraggono risorse alle cure: la Politica intervenga subito'

Questa volta il messaggio arriva via sms: "Credi di aver diritto a un risarcimento per malasanità? Fai valutare con serietà **SENZA COSTI**".

Segue numero verde di una società che offre assistenza legale. La nuova pubblicità arriva a pochi mesi di distanza dagli spot televisivi, poi sospesi, che invitavano i cittadini a considerare, anche qui a presunto 'costo zero', la richiesta di un risarcimento ove non soddisfatti di una prestazione sanitaria. Pronta, anche in questo caso, la reazione della Federazione nazionale degli **Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo)**, che subito ha scritto una lettera, a firma del suo **presidente Filippo Anelli**, alla società telefonica che veicola i messaggi - i quali, secondo la Federazione, "sostanzialmente inducono i cittadini a promuovere sempre e comunque contenziosi nei confronti dei medici" - chiedendo l'immediata interruzione della campagna.

"È doveroso sottolineare che questi messaggi creano una grave turbativa nel rapporto medico-paziente - scrive **Anelli** - e soprattutto inducono a contenziosi che rischiano di costituire un ulteriore aggravio di spese a carico del SSN, costretto a tutelare l'attività dei medici sia a livello giudiziario che assicurativo con costi esorbitanti e spesso ingiustificati".

"È inutile sottolineare, poi, l'offesa che viene arrecata in modo indiscriminato a tutti i medici italiani indicati come responsabili di presunti erro-

ri, tutti da dimostrare, che spesso non hanno nulla a che vedere con la loro attività professionale - continua ancora **Anelli** nella lettera-. Chiediamo, pertanto, l'immediata interruzione dell'inoltro di questi SMS e ci riserviamo comunque, in caso contrario, di porre in essere anche le adeguate azioni di tutela legale della professione medica".

"Abbiamo scritto alla compagnia telefonica - spiega ora **Anelli** - facendo leva su ragioni etiche, in primis il danno economico per il nostro Servizio sanitario nazionale che, già messo a dura prova da anni di tagli lineari, si vede costretto, con l'aumentare di cause anche temerarie da parte di società che hanno come obiettivo il profitto, a deviare su spese legali e assicurative le risorse che dovrebbe destinare, invece, alle cure".

"Fermo restando il diritto al giusto risarcimento per i pazienti realmente danneggiati, il contenzioso in carenza di 'fumus boni iuris' si riverbera in un danno per tutti i cittadini - continua - perché sottrae risorse al Servizio sanitario e toglie serenità e motivazione ai medici, spingendoli ad abbandonare il pubblico a favore del privato o dei paesi esteri, e rischiando oltretutto di incrementare il fenomeno della 'medicina difensiva', con prescrizione di esami inutili e costosi".

"Quando si è trattato di spot televisivi, abbiamo ottenuto risultati facendo leva sull'etica dei responsabili delle reti che li trasmettevano: agen-

do su questa stessa leva ci appelliamo ora a Wind-Tre, che sappiamo sensibile a tematiche civili e sociali - conclude **Anelli** -.

Resta, sulla materia, un vuoto ingiustificabile dell'azione Politica. Chiediamo al Ministro della Salute e all'intero Governo un intervento legislativo che ponga un argine a questi messaggi distorti e dannosi per l'intero sistema delle cure, tra i migliori al mondo anche e soprattutto per merito dei suoi professionisti, che ne garantiscono la sostenibilità e la qualità a dispetto di mancate o scarse retribuzioni e condizioni di lavoro 'al limite'".

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.

‘Nascere in sicurezza’: il nuovo corso di formazione a distanza della Fnomceo

1,32 figli per donna, mentre l'età media della madre al primo parto avanza a 31,1 anni: i dati Eurostat resi pubblici lo scorso marzo, e relativi al 2017, confermano l'Italia tra gli Stati europei dove la fertilità e la natalità sono più basse, l'età delle madri più alta e il primo figlio arriva più tardi. Quali le cause reali, quale il ruolo dei curanti, quali le azioni possibili? Se lo è chiesto la **Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo)** che ha dedicato al 'Nascere in sicurezza' il nuovo corso di formazione a distanza aperto a medici e odontoiatri, da pochi giorni on line sulla piattaforma **Fadinmed**, gratuito e accreditato nel programma di Educazione Continua in Medicina per 14 crediti.

Partendo da un quadro epidemiologico, socio-sanitario e antropologico delle cause che hanno portato a questi tristi primati, che si affiancano a quello europeo e quasi mondiale sul numero di tagli cesarei, il Corso, che si avvale per la prima volta anche della collaborazione di un pool di rinomati esperti internazionali, si propone come una guida che aiuta tutti i medici, non solo gli specialisti, a rispondere alle più comuni domande dei pazienti: come cambia il corpo della donna durante la gravidanza? Perché tante ecografie in una gestazione a basso rischio? Dopo un cesareo è possibile avere il secondo figlio con un parto 'naturale'? Partorire in casa è sicuro?

“I medici, indipendentemente da specifici ruoli e discipline, hanno il compito di porsi come interlocutori privilegiati nel ciclo vitale quali figure rassicuranti, più vicine al nucleo

*familiare – spiega **Roberto Stella**, Coordinatore Area strategica Formazione della **Fnomceo** - Per questo il corso propone alcuni elementi di aggiornamento e ri-avvicinamento a un cruciale evento con cui tutti, come individui, abbiamo a che fare, e in cui come professionisti siamo chiamati non infrequentemente a formulare un parere, rispondere ad un quesito, ad una interlocuzione”.*

*“La nascita, come la morte, è l'unico avvenimento trasversale ad ogni individuo sul pianeta – aggiunge **Sandra Morano**, ginecologa, docente all'**Università di Genova**, che del corso è il Responsabile scientifico - Dall'attenzione al fenomeno nascita si giudica la civiltà di un paese, perché dal benessere di madre e bambino dipende il benessere della società. La morte di una madre è una tragedia non solo per la perdita di una giovane vita, ma anche per i suoi figli e la sua famiglia. Ma anche dal grado di fertilità di un paese, cioè dalle opportunità di crescita ed accoglienza che esso è in grado di offrire ai suoi abitanti, dipende la sua buona salute. È pertanto auspicabile che il medico nel corso della sua formazione e poi del suo ruolo ritorni ad essere più coinvolto in un problema cruciale in cui la sua partecipazione può fare la differenza”.*

*“Il corso si sviluppa intorno a due fondamentali obiettivi tematici – illustra **Morano** -: in primo luogo arrivare a comprendere, e se possibile contribuire a superare, il clima di paura-rischio che negli ultimi decenni ha paralizzato le donne italiane e ha allontanato la comunità dei medici nel suo insieme da un fenomeno intrinseco anche alla profes-*

sione; in secondo luogo guardare al ruolo che hanno avuto e possono avere in futuro, non solo la comunità scientifica con le sue varie diramazioni, ma anche i sistemi politico - decisionali nel superare aspetti cruciali della crisi in ambito riproduttivo come denatalità e numero elevato dei tagli cesarei”.

*“Il corso si propone per tutti i professionisti della salute, e in particolare per i medici, come l'inizio di una svolta culturale e formativa su questo specifico tema, capace di recepire tutti gli aspetti innovativi ed efficaci a livello scientifico e sociale in atto” conclude **Stella**.*

*Sono attualmente undici i corsi erogati gratuitamente a tutti i medici e gli odontoiatri italiani da Fnomceo attraverso la piattaforma **Fadinmed**, per un totale di centonove crediti ECM.*



“Rapporto medico-paziente da rivedere? Sì. La politica rispetti la scienza e l'autonomia della Professione”

“Il ministro Grillo ha perfettamente ragione: il rapporto medico-paziente va rivisto. Va rivisto perché è cambiata la società, sono mutate le esigenze dei cittadini, è cresciuta la consapevolezza sui loro diritti. È diverso il modo stesso di attuare la medicina: le nuove tecnologie, l'intelligenza artificiale, i progressi straordinari della ricerca hanno spalancato nuovi scenari inimmaginabili solo pochi anni fa, modificando le aspettative di medici e pazienti e la relazione di cura.

È per queste ragioni che un anno fa, il 24 marzo del 2018, ho indetto gli Stati Generali della professione medico-odontoiatrica e avviato così una grande riflessione all'interno del mondo medico e della società civile sul ruolo stesso dei professionisti e sui nuovi paradigmi della Medicina.

Di qui l'invito al Ministro a partecipare, sapendo che molte delle anomalie che oggi inficiano la Relazione di cura e il rapporto tra i medici e i cittadini sono correlati a interventi messi in atto dallo Stato e dalle Regioni e che limitano fortemente l'autonomia dei professionisti”.

Così il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo) **Filippo Anelli** risponde idealmente al Ministro della Salute Giulia Grillo che, intervistata questa mattina **ad Agorà**, aveva invitato i medici a rivedere il loro rapporto con i cittadini, in quanto continua ad avere ‘testimonianze negative da parte della gente’.

E, incalzata dalla conduttrice Serena Bortone che le chiedeva se il rapporto ‘particolarmente critico’ fosse ‘colpa dei medici’, aveva affermato: “Non lo voglio dire ma ci sono state situazioni anche esasperate mediaticamente che hanno interrotto quel rapporto di alleanza”.

“Di fatto la Politica – continua **Anelli** –, nel limitare il medico, ha voluto e continua a volere un'assistenza dettata piuttosto dagli algoritmi che dall'Alleanza terapeutica. La Relazione di cura, infatti, nel rispettare l'autonomia del medico, tiene conto dell'autodeterminazione del paziente. È un rapporto che non può che fondarsi sulla fiducia reciproca, nella piena tutela dei rispettivi diritti”.

“La Politica si prenda le sue responsabilità – aggiunge ancora -. Gli sprechi, le strutture fatiscenti, le condizioni di lavoro impossibili in cui operano le guardie mediche e i colleghi dell'emergenza-urgenza dovrebbero essere l'ambito del loro impegno, sempre ricordando che le criticità del rapporto umano nascono anche da pazienti esasperati e in balia di comportamenti violenti, che purtroppo attraversano tutta la società, complice anche uno sdoganamento di atteggiamenti aggressivi e rancorosi”.

“La Politica faccia dunque un passo indietro – conclude il presidente Fnomceo – ed eviti di anteporre le sue esigenze ai reali diritti dei cittadini. Rispetti la Scienza, le sue evidenze: la libertà della Scienza e l'autonomia della Professione sono le prime e le migliori garanzie per tutelare la salute delle persone e della collettività”.

UFFICIO STAMPA FNOMCEO:
0636203238
TEL. 347 2359608 - 3371068340
INFORMAZIONE@FNOMCEO.IT

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.

Lartruvo (olaratumab): revoca dell'autorizzazione all'immissione in commercio

Si segnala che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha reso pubblica una nota informativa con cui si porta a conoscenza della revoca dell'autorizzazione all'immissione in commercio europea a causa di mancanza di efficacia terapeutica dei farmaci a base di Lartruvo.

Lo studio di fase 3 (ANNOUNCE) di Lartruvo in combinazione con doxorubicina in pazienti con sarcoma dei tessuti molli (STS) in fase avanzata

o metastatica non ha confermato il beneficio clinico di Lartruvo.

Di conseguenza, il rapporto beneficio - rischio di Lartruvo non è favorevole e l'autorizzazione all'immissione in commercio nell'Unione Europea sarà revocata.

L'AIFA raccomanda che nessun nuovo paziente deve iniziare l'assunzione di Lartruvo al di fuori di una sperimentazione clinica e per i pazienti attualmente in trat-

tamento devono essere prese in considerazione le opzioni di trattamento disponibili.

Se il medico ritiene che continuare il trattamento con Lartruvo sia nel miglior interesse di uno specifico paziente, può valutare le opzioni per continuare la fornitura del medicinale con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), utilizzando il seguente contatto uso-compassionevole@aifa.gov.it.

Domperidone: eliminazione dell'indicazione in pediatria

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha reso pubblico un promemoria per gli Operatori Sanitari sulle raccomandazioni per la minimizzazione dei rischi cardiaci e la eliminazione dell'indicazione in pediatria dei farmaci a base di domperidone.

L'uso di domperidone è associato ad un aumento del rischio di eventi avversi cardiaci gravi.

I medicinali a base di domperidone sono controindicati:

- nei pazienti con insufficienza epatica da moderata a grave
- nei pazienti che presentano un prolungamento noto degli intervalli nel sistema di conduzione cardiaco (QTc in particolare) e nei pa-

zienti con disturbi elettrolitici significativi o malattie cardiache quali ad esempio l'insufficienza cardiaca congestizia

- in caso di somministrazione concomitante dei farmaci che inducono il prolungamento del QT
- in caso di somministrazione concomitante di potenti inibitori di CYP3A4 (a prescindere dai relativi effetti di prolungamento del QT).

Domperidone deve essere usato alla minima dose efficace per il minor tempo possibile. La durata massima del trattamento solitamente non deve eccedere una settimana. A seguito di nuove evidenze sull'uso di domperidone in

pediatria, l'indicazione nei bambini di età inferiore a 12 anni o peso inferiore a 35 kg è stata eliminata. Il rapporto beneficio/rischio di domperidone rimane positivo per alleviare i sintomi di nausea e vomito negli adulti e adolescenti a partire dai 12 anni di età e dai 35 kg di peso.

In conclusione, l'AIFA coglie l'occasione per ricordare a tutti gli operatori sanitari di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite la Rete Nazionale di Farmacovigilanza dell'AIFA direttamente on line sul sito <http://vigifarmaco.it> o al link: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/come-segnalare-una-sospetta-reazioneavversa>

Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 109 del 11 maggio 2019 è stata pubblicata la legge 3 maggio 2019 n. 37, recante "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2018" (All. n. 1).

La legge europea 2018 modifica e integra disposizioni vigenti dell'ordinamento nazionale per adeguarne i contenuti al diritto europeo e per far fronte a procedure di infrazione. Si riportano di seguito alcune disposizioni di particolare interesse per la professione medica ed odontoiatrica.

L'art. 1 recante "**Disposizioni in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali - Procedura di infrazione n. 2018/2175**", alla lettera a) disciplina la nozione di cittadino dell'Unione europea "legalmente stabilito". **Nella fattispecie si precisa che viene considerato "legalmente stabilito", un cittadino dell'Unione europea quando soddisfa tutti i requisiti per l'esercizio di una professione in detto Stato membro e non è oggetto di alcun divieto, neppure temporaneo, all'esercizio di tale professione. È possibile essere legalmente stabilito come lavoratore autonomo o lavoratore dipendente.**

Con la nuova formulazione si sopprime il riferimento allo "Stato membro di residenza", che viene sostituito con il riferimento corretto allo "Stato membro".

L'art. 1, lettera f), disciplina le misure compensative che possono essere prescritte ai fini del riconoscimento della qualifica professionale dell'autorità competente

dello Stato membro ospitante in caso di discordanza tra la formazione seguita dal professionista e quella richiesta nel medesimo Stato ospitante.

In base alla novella, il nuovo testo del comma 4 dell'articolo 22 del D.Lgs. n. 206/07 amplia l'elenco delle ipotesi in cui si attribuisce all'autorità competente per il riconoscimento (di cui all'articolo 5 del medesimo D.Lgs. n. 206/07, e successive modificazioni) la scelta della misura compensativa tra la prova attitudinale ed il tirocinio di adattamento.

La novella concerne alcune delle ipotesi in cui, nella normativa attuale, la misura compensativa è costituita in maniera tassativa dalla prova attitudinale - anziché dal tirocinio di adattamento.

Le ipotesi in oggetto - sempre che si ricada nell'ambito di una delle due fattispecie generali summenzionate - riguardano: 1) il riconoscimento delle professioni di medico chirurgo, infermiere, odontoiatra, veterinario, ostetrica, farmacista, architetto; 2) i casi in cui il titolo di formazione (del cittadino europeo richiedente il riconoscimento di una qualifica professionale) sia stato rilasciato da un Paese terzo ed il soggetto abbia maturato, nell'effettivo svolgimento dell'attività professionale, un'esperienza di almeno tre anni nel territorio dello Stato membro che abbia riconosciuto il titolo; 3) il riconoscimento per attività - da esercitare a titolo autonomo o con funzioni direttive in una società - rientranti nell'allegato IV del citato D.Lgs. n. 206/07, qualora la normativa vigente richieda la conoscenza e

l'applicazione di specifiche disposizioni nazionali. **La novella prevede invece, per tali fattispecie, la scelta - da parte dell'autorità competente per il riconoscimento - della misura compensativa tra la prova attitudinale ed il tirocinio di adattamento.**

Infine l'art. 1, lettera g), integra le norme speciali sul riconoscimento automatico di alcune qualifiche professionali, in relazione a corsi di formazione iniziati prima di una certa data e a seguito dei quali l'attività in questione sia stata esercitata, nel territorio dello Stato membro (in cui è stato svolto il corso), per almeno tre anni consecutivi nei cinque anni precedenti il rilascio del certificato da parte del medesimo Stato.

L'integrazione consiste nel riferimento alla Croazia per i corsi iniziati anteriormente all'8 ottobre 1991, con riguardo alle professioni di medico chirurgo, infermiere, odontoiatra, veterinario, ostetrica, farmacista, architetto - e con esclusione, per quanto riguarda i corsi di ostetricia, di quelli individuati nella novella di cui alla successiva lettera h).

L'integrazione e l'esclusione corrispondono alle modifiche operate nella direttiva 2005/36/CE da parte dell'allegato III dell'atto relativo alle condizioni di adesione della Repubblica di Croazia e agli adattamenti del trattato sull'Unione europea, del trattato sul funzionamento dell'Unione europea e del trattato che istituisce la Comunità europea dell'energia atomica, allegato al Trattato del 9 dicembre 2011.

Impiego dei medici delle ASL in concorso con le strutture della protezione civile e scheda SVEI

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 67 del 20 marzo 2019 è stata pubblicata la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri indicata in oggetto.

Il provvedimento è stato emanato al fine di assicurare il massimo coinvolgimento dei Servizi sanitari regionali, per consentire al Servizio nazionale di protezione civile di assistere con la maggiore efficacia possibile la popolazione, assicurando specifica atten-

zione ai soggetti che necessitano di assistenza sociosanitaria, in caso di evento emergenziale.

In particolare si rileva che la direttiva è finalizzata a definire le linee generali per il coinvolgimento dei medici delle Aziende sanitarie locali nella Funzione sanità dei Centri operativi comunali e intercomunali, e degli infermieri ASL nelle strutture preposte all'acco-

glienza della popolazione, in caso di evento emergenziale.

I dettagli di tali procedure saranno oggetto di specifica disciplina, nel quadro delle disposizioni regionali in materia di organizzazione delle attività di protezione civile a livello territoriale con il coinvolgimento della ASL.

Allo scopo di effettuare, con metodo uniforme, la valutazione oggettiva delle necessità socio sani-

 SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ		SPAZIO LOGO
ID SCHEDA: _____		
SEZIONE 1 - TRIAGE SOCIO SANITARIO		
Data: ____/____/____ Ora: ____:____ Comune: _____	OPERATORE VOLONTARIO SANITARIO COMPILATORE	
Area/Centro di assistenza: _____	Nome: _____	
Le informazioni di questa scheda sono fornite da:		
<input type="checkbox"/> Assistito	<input type="checkbox"/> Terza persona (specificare nome e grado di relazione): _____	Cognome: _____
		Firma: _____
		Associazione di volontariato: _____
ASSISTITO		
Nome: _____		Cognome: _____
Data e luogo di nascita: _____		
Indirizzo: _____		
Codice Fiscale (se disponibile): _____		
Telefono cellulare: _____		
Nucleo familiare composto da (n. persone): _____		
Animali domestici: Tipo _____ n: _____		
MMG (Medico di famiglia): _____ ASL: _____		
PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ		
Nome: _____		Cognome: _____
Qualifica (grado di parentela, tutore, ecc.): _____		
Telefono cellulare: _____		
COMPORTEMENTO	TIPO DI DISABILITÀ OGGETTIVA	
<input type="checkbox"/> Collaborante	<input type="checkbox"/> Motoria	<input type="checkbox"/> Uditiva
<input type="checkbox"/> Non collaborante	<input type="checkbox"/> Visiva	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Violento	<input type="checkbox"/> Cognitiva	
CODICE DI VALUTAZIONE ROSSO (R)	CODICE DI VALUTAZIONE VERDE (V)	
<ul style="list-style-type: none"> • Non in grado di collaborare per manifesta inabilità cognitiva; • Collaborante ma con disabilità fisica richiedente ausili o assistenza; • Minore, non accompagnato da genitori o familiari; • Adulto di 80 anni o più; • Stato di gravidanza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adulto di età compresa tra 18 e 64 anni; • Move accompagnato da familiari; • Collaborante; • Nessuna disabilità permanente o temporanea; • Nessuna assunzione di farmaci per patologie croniche. 	
CODICE DI VALUTAZIONE GIALLO (G) o GIALLO SOLO PER TERAPIA FARMACOLOGICA (GT)	NOTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Adulto tra 65 e 79 anni; • Effetto da patologie croniche (es. cardiologiche, diabete e metaboliche, respiratorie, psico-neurologiche, altre...) per cui richiede valutazione sanitaria. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Al momento dichiara benessere, ma necessita di terapia farmacologica quotidiana per le sue patologie. 		

 SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ		SPAZIO LOGO
ID SCHEDA: _____		
SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE		
IN CARICO AI SERVIZI	NOTE INFERMIERISTICHE	
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica domiciliare	Si richiede valutazione medica per visita:	
<input type="checkbox"/> Assistenza Sociale	<input type="checkbox"/> Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche	
<input type="checkbox"/> SerT (Tessiodipendenze)	<input type="checkbox"/> Pediatrica	
<input type="checkbox"/> Centro Salute Mentale	<input type="checkbox"/> Infettivologica	
<input type="checkbox"/> Servizio di Psicologia	<input type="checkbox"/> Psicologica	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	
PATOLOGIE IN CORSO		
<input type="checkbox"/> Intolleranze Alimentari, Farmaci/Allergie: _____		
<input type="checkbox"/> Nefropatia: _____	<input type="checkbox"/> Fistole: _____	
<input type="checkbox"/> Metabolica: _____		
<input type="checkbox"/> Cardiopatia: _____		
<input type="checkbox"/> Respiratoria: _____		<input type="checkbox"/> O2 TP: _____
ASSUNZIONE DI FARMACI		
<input type="checkbox"/> SI (indicare il nome del farmaco): _____		

<input type="checkbox"/> SI (se non ricorda, indicarne la funzione): _____		

AUSILI PER L'INCONTINENZA	AUSILI PER IL MOVIMENTO	È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE DELLE SUE NECESSITÀ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Sedia motorizzata	
<input type="checkbox"/> Sacchetto per stomie	<input type="checkbox"/> Sedia manuale	
<input type="checkbox"/> Pressi assorbenti	<input type="checkbox"/> Sistema posturale	
	<input type="checkbox"/> Bastone	
	<input type="checkbox"/> Deambulatore	
	<input type="checkbox"/> Arto artificiale	
ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO		
<input checked="" type="checkbox"/> AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA		<input checked="" type="checkbox"/> STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (es. RSA)
<input type="checkbox"/> ALBERGO		<input type="checkbox"/> OSPEDALE
DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA		
<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a _____		<input type="checkbox"/> La persona rifiuta verbalmente davanti a testimoni la destinazione consigliata e rifiuta di firmare il presente documento.
identificato da documento _____		Data: ____/____/____
rifiuta il trasferimento presso struttura proposta, assumendosi ogni responsabilità in merito.		Firma leggibile compilatore: _____
Data: ____/____/____		Firma leggibile testimone: _____
Firma leggibile: _____		

tarie della popolazione assistita in caso di evento, è disposto l'utilizzo della scheda per la valutazione delle esigenze immediate (SVEI).

La scheda SVEI costituisce lo strumento atto a consentire la speditiva suddivisione dei soggetti assistiti dal sistema di protezione civile, in categorie che, necessitando dell'impiego di differenti supporti socio-sanitari, permettono di pervenire all'individuazione dei criteri di priorità degli interventi per l'assistenza, alla valu-

tazione delle specifiche necessità e delle strutture alloggiative più idonee.

L'utilizzo della scheda SVEI è sinergico agli strumenti informativi attivi nel sistema delle cure primarie del SSR, compresi quelli dei medici di Medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS), con banche dati che possono fornire informazioni sia sulle condizioni di specifica necessità, che sulle terapie dei cittadini colpiti dall'evento.

Si sottolinea che la direttiva si integra con la precedente direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 6 aprile 2013, recante "Disposizioni per la realizzazione di strutture sanitarie campali, denominate PASS, Posto di Assistenza Socio Sanitaria, preposte all'assistenza sanitaria di base e socio sanitaria alla popolazione colpita da catastrofe".

Per consentire un esame più approfondito della materia, si allega il provvedimento indicato in oggetto.

Chinolonic e rischio di effetti indesiderati

Si ritiene opportuno segnalare che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha reso pubblica una nota di supporto per gli Operatori Sanitari, in cui sono state segnalate con l'uso di antibiotici chinolonici e fluorochinolonic reazioni avverse invalidanti, di lunga durata e potenzialmente permanenti, principalmente a carico del sistema muscoloscheletrico e del sistema nervoso.

Di conseguenza, sono stati rivalutati i benefici ed i rischi di tutti gli antibiotici chinolonici e fluorochinolonic e le loro indicazioni nei paesi dell'UE.

I medicinali contenenti cinoxacina, flumechina, acido nalidixico e acido pipemidico verranno ritirati dal commercio.

In particolare nella suddetta nota si raccomanda di non prescrivere questi medicinali:

- per il trattamento di infezioni non gravi o autolimitanti (quali faringite, tonsillite e bronchite acuta);

- per la prevenzione della diarrea del viaggiatore o delle infezioni ricorrenti delle vie urinarie inferiori;
- per infezioni non batteriche, per esempio la prostatite non batterica (cronica);
- per le infezioni da lievi a moderate (incluse la cistite non complicata, l'esacerbazione acuta della bronchite cronica e della broncopneumopatia cronica ostruttiva -BPCO, la rinosinusite batterica acuta e l'otite media acuta), a meno che altri antibiotici comunemente raccomandati per queste infezioni siano ritenuti inappropriati;
- ai pazienti che in passato abbiano manifestato reazioni avverse gravi ad un antibiotico chinolonico o fluorochinolonic.

Questi medicinali vanno prescritti con particolare prudenza agli anziani, ai pazienti con compromissione renale, ai pazienti sottoposti a trapianto d'organo solido ed a quelli

trattati contemporaneamente con corticosteroidi, poiché il rischio di tendinite e rottura di tendine indotte dai fluorochinolonic può essere maggiore in questi pazienti. Dev'essere evitato l'uso concomitante di corticosteroidi con fluorochinolonic.

La nota sottolinea la necessità di informare i pazienti di interrompere il trattamento ai primi segni di reazione avversa grave quale tendinite e rottura del tendine, dolore muscolare, debolezza muscolare, dolore articolare, gonfiore articolare, neuropatia periferica ed effetti a carico del sistema nervoso centrale.

In conclusione, l'AIFA coglie l'occasione per ricordare a tutti gli operatori sanitari di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il Sistema Nazionale di Segnalazione (Agenzia Italia del Farmaco Sito web: <http://www.aifa.gov.it/contenuto/come-segnalare-una-sospetta-reazione-avversa>).

Obbligo formativo ECM per medici e odontoiatri

Come è noto medici e odontoiatri hanno l'obbligo di ottemperare alle attività di formazione continua mediante l'acquisizione di crediti ECM. Infatti, l'art. 16 quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. dispone che la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale in qualità di dipendente per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private o di libero professionista.

Inoltre, si rileva che l'art. 19 del Codice di Deontologia Medica prevede che "il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori. Il medico assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze".

Si sottolinea che i contratti collettivi nazionali di lavoro per il personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non abbia conseguito il minimo di crediti formativi stabiliti dalla Commissione nazionale per la formazione continua.

Vi ricordo che la suddetta Commissione ha adottato una delibera finalizzata ad incentivare i professionisti sanitari all'assolvimento del proprio percorso di aggiornamento continuo, puntando ad una maggiore semplificazione e chiarezza del sistema di regolamentazione dell'ECM.

Nello specifico, sono state approvate alcune importanti modifiche riguardanti:

1) la possibilità per tutti i professionisti, che nel triennio 2014-2016 non abbiano soddisfatto l'obbligo formativo individuale triennale, di completare il conseguimento dei crediti con formazione ECM svolta nel triennio 2017-2019;

2) il riconoscimento di crediti individuali tramite lo svolgimento delle attività di: Ricerca scientifica (pubblicazioni scientifiche e sperimentazioni cliniche)

- Tutoraggio individuale
- Formazione all'estero
- Autoformazione per la quale è previsto l'ampliamento dal 10% al 20% della percentuale dei crediti formativi acquisibili per il triennio 2017- 2019.

3) l'esenzione per gli iscritti agli albi **in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale.**

Ciò detto, considerato l'approssimarsi della scadenza del 31.12.2019, reputo opportuno inviare la situazione attuale degli iscritti certificabili o non ai fini ECM tramite un file in formato Excel, firmato digitalmente, contenente i dati relativi agli ultimi due trienni formativi.

Pertanto questa Federazione, nell'ambito dei propri compiti di indirizzo e coordinamento, invita gli Ordini territoriali a sollecitare gli iscritti all'a-

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)

dempimento dell'obbligo formativo e invitarli a consultare la propria posizione ECM, collegandosi alla area riservata COGEAPS e registrandosi, qualora non lo avessero già fatto:

<http://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot>

Si ricorda che nell'area riservata è consentito inserire l'eventuale documentazione mancante che sia in possesso del professionista, entrando su "Partecipazione ECM" (Esempio FIGURA 1 qui riportata) e successivamente su "Crediti mancanti",

dalla cui schermata si potranno inserire i singoli eventi formativi, allegando l'autocertificazione accompagnata alla scansione del documento di riconoscimento e l'attestato in possesso (Esempio FIGURA 2 qui riportata).

FIGURA 1

FIGURA 2

In memoria del Prof. ANTONIO LUPO 1948-2019



Voglio oggi ricordare il prof. Antonio Lupo a nome di tutti i Medici Veronesi, a nome della Scuola di Nefrologia Padovana e Veronese e di tutti coloro che hanno avuto la fortuna di conoscerlo e, come me, lo stimavano e gli volevano bene.

In questa occasione si intrecciano per me ricordi umani e professionali che si snodano lungo un periodo di 40 anni.

Vorrei - prima del clinico - ricordare l'Uomo, perché penso sempre che sotto il camice c'è l'Uomo, la Persona, e Antonio era veramente una persona per bene, di rara umanità, di grande sensibilità, di estrema disponibilità.

Quando diventò direttore della Nefrologia a Verona ricevette una importante e impegnativa eredità professionale, dovendo succedere al Prof. Maschio, Padre della Nefrologia Universitaria Veronese. Egli ricevette questo testimone e guidò la Nefrologia Veronese con equilibrio, saggezza e lungimiranza, intuendo la necessità di aprirsi a nuovi orizzonti di ricerca nefrologica.

Vorrei ora però ricordare le caratteristiche del prof. Lupo che abbiamo imparato ad apprezzare nella vita in corsia di tutti i giorni.

La sua attività era basata su una grande saggezza ed equilibrio, su una quotidiana disponibilità nei confronti di colleghi, pazienti, infermieri e per chiunque gli chiedesse un consiglio, un parere.

Aveva un invidiabile senso clinico, che gli permetteva spesso di anticipare diagnosi che sarebbero state confermate da una biopsia o da una TAC, sorprendendo i colleghi più giovani, ma non noi che eravamo "abituati" a questo suo fiuto clinico.

La sua voglia di studiare, di leggere, di aggiornarsi, insieme ad una esemplare chiarezza espositiva, faceva sì che fosse molto apprezzato e seguito a livello didattico, tanto che le sue lezioni agli studenti della facoltà di Medicina erano sempre affollate e assai apprezzate, ma anche l'ascoltare la sue lezioni magistrali ai congressi o in occasione delle più intime riunioni di reparto era sempre un piacere per tutti noi, per tutti quelli che lo ascoltavano.

Egli ha rappresentato un punto di riferimento per tutti quelli che con lui hanno lavorato, ed anche per coloro che hanno lasciato

la Nefrologia di Verona e che, comunque, con lui si sono mantenuti in rapporti professionali e umani.

Lealtà, rettitudine, disponibilità e trasparenza nei rapporti con i colleghi, ed una naturale capacità all'ascolto di tutti: pazienti, infermieri, segretarie e Colleghi di varia estrazione - gli Ospedalieri dai quali era stimato e benvoluto, i Medici di Famiglia, per molti dei quali era un punto di riferimento diretto, avendo avuto la lungimiranza di capire per tempo che la Nefrologia si sarebbe dovuta "aprire" alla collaborazione con i Medici di Famiglia e dai colleghi del Mondo Accademico, per i quali ha rappresentato uno dei caposaldi dell'Università di Verona nel terzo millennio, alla quale egli ha dedicato con passione gli anni del suo mandato di Pro Rettore, spendendosi senza risparmio di energie fisiche e morali, anche quando la malattia lo aveva già colpito.

Il Prof. Lupo ha dedicato tutta la vita alla professione, e noi gli siamo tanto riconoscenti per quello che ci ha dato con il suo esempio, che ci ha insegnato, per il percorso che ci ha tracciato.

Noi tutti che abbiamo avuto la fortuna di conoscerlo e che gli abbiamo voluto bene, ci impegneremo per non deluderlo e per mantenere vivo il suo ricordo e i suoi insegnamenti nella vita di tutti i giorni.

***Un abbraccio con affetto
a Chiara, Nina, Davide
e alla famiglia.***

***RIPOSA IN PACE
PROFESSORE.***

*Carlo Rugiu
Nefrologo, Presidente
OMCeO Verona*

Enpam. Bene il Bilancio Consuntivo 2018

Si chiude con un utile di oltre 1,3 mld. di euro ed il patrimonio sale a 21 miliardi. La riserva legale, che per legge deve consentire di pagare le pensioni per almeno 5 anni in assenza di contributi, si attesta a 12,76 anni. Il bilancio consultivo ENPAM per il 2018 si chiude il 2018 con un utile di 1,3 miliardi di euro, superando quanto stimato sia nel bilancio preventivo che quanto stimato nel preconsuntivo 2018.

Sicuramente sulle positività hanno giocato i conguagli versati dal SSN alla Medicina Generale come arretrati degli anni 2016 e 2017, ma il buon esito di tutto va anche alle stime improntate alla prudenza e alla buona conduzione degli investimenti.

Il patrimonio della Fondazione arriva ora a sfiorare i 21 miliardi di euro, con un aumento di circa il 6,4 per cento rispetto all'anno precedente. La riserva legale, che per legge deve consentire di pagare le pensioni per almeno 5 anni in assenza di contributi, si attesta a 12,76 anni.

Il Bilancio è stato approvato dall'Assemblea Nazionale sabato 27 aprile u.s. con un voto praticamente unanime. Due soli gli Ordini che si sono astenuti.

Scendendo nel dettaglio, la **gestione previdenziale** (che è la differenza tra quanto incassato per contributi, meno quanto spesi per pagare le pensioni) mostra un saldo positivo di 1,16 miliardi nonostante l'aumento



delle prestazioni erogate. “La riforma batte l'esodo” il commento del Presidente dell'Enpam **Alberto Olivetti** – “e facendo il confronto con le previsioni attuariali, notiamo che stiamo rispettando la tabella di marcia.”

La gobba previdenziale, rispettando le previsioni, ha iniziato a fare impennare la curva dei pensionamenti proprio nel 2018, anno in cui è entrata a pieno regime la riforma previdenziale avviata dall'Enpam nel 2013. Tutte le gestioni hanno evidenziato lo scorso anno un incremento importante del numero dei nuovi pensionati. Spicca la medicina generale con un aumento del 23%, ma anche la specialistica ambulatoriale e la Quota B fanno registrare una crescita pari rispettivamente del 10% e del 12%..

Il numero di pensionati sostenuto da ENPAM si attesta a 116.198 unità, con un aumento del 3,96 %, mentre gli iscritti attivi raggiungono quota 366.084. Con la riforma sostenuta ora anche gli studenti iscritti al 5° e 6° anno delle facoltà di Medicina e di Odontoiatria possono ora iscriversi all'ENPAM. Al momento ne risultano iscritti all'Ente 4.011, un numero che è doppio rispetto ai 2.004 del 2017. Per gli studenti il costo di iscrizione è pari a circa 9 euro al mese. Il vantaggio, oltre a quello di alzare l'anzianità contributiva, quello di far scattare dal momento dell'iscrizione la polizza LCT (Long Term Care) che garantisce in caso di invalidità assoluta un assegno di 1035 euro al mese.

“Sembrava che l'anello di collegamento tra le generazioni dovesse rompersi e invece lo abbiamo rinsaldato” il commento di Olivetti “ora riusciamo a dare prestazioni previdenziali ancora prima di cominciare a lavorare”.

IL PATRIMONIO Anche il saldo della gestione patrimoniale mostra un risultato positivo, nonostante il 2018



sia stato un anno assai difficile per i mercati valutari a causa del calo contemporaneo dei prezzi di azioni, obbligazioni, petrolio e persino dell'oro.

Complessivamente la gestione del patrimonio (tra mobiliare e immobiliare) ha portato nelle casse della Fondazione circa 229 milioni di euro, in aumento rispetto alle previsioni di 151 milioni.

La gestione finanziaria ha fornito una positività di 143,9 milioni (contro i 101,3 stimati del preconsuntivo). Ci sono state importanti minusvalenze nella valutazione dei titoli che a fine anno hanno subito una contrazione del 2,56 per cento, che sono state però interamente riassorbite nel primo trimestre del 2019.

Il patrimonio immobiliare nel 2018 ha ottenuto un rendimento del 3,09 per cento, grazie a una buona performance dei fondi e alle plusvalenze generate dai progressi nella dismissione del comparto residenziale a Roma, attestata a 38,4 milioni di euro.

MENO SPESE In contrazione infine il saldo della gestione amministrativa, scesa a 69,4 milioni di euro dai 155 milioni dell'anno precedente. Oltre alla conclusione positiva di diversi contenziosi di natura legale e tributaria, da segnalare la riduzione delle spese di funzionamento per circa 2 milioni di euro rispetto al 2017.